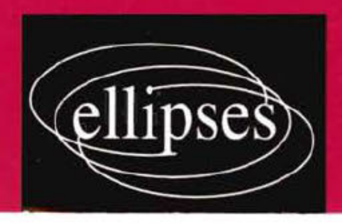


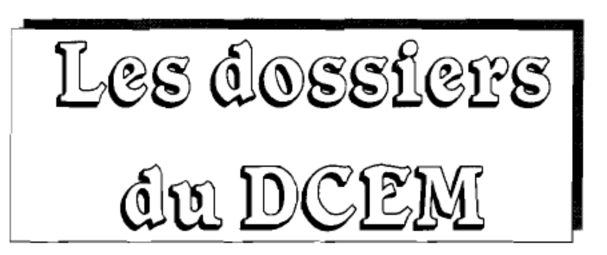
Bruno Étain
Richard Delorme
Paul Pickering
Frédéric Slama

PSYCHIATRIE

dossiers originaux, annales
et dossiers transversaux
corrigés et commentés

grilles de correction





Collection dirigée par Richard DELARUE et Jean-Sébastien HULOT

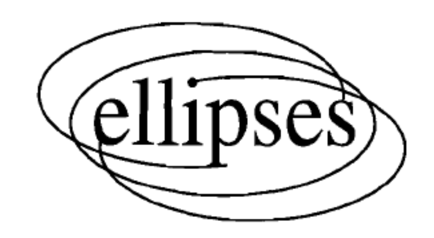
PSYCHIATRIE

Richard DELORME, attaché, service de pédopsychiatrie
hôpital Robert Debré, Paris

Bruno ÉTAIN, attaché, service de psychiatrie adulte,
hôpital Henri Mondor, Créteil

Paul PICKERING, chef de clinique-assistant,
hôpital Louis Mourier, Colombes

Frédéric SLAMA, ancien chef de clinique-assistant
praticien attaché, CHU Henri Mondor, Créteil



ISBN 2-7298-1845-6



www.editions-ellipses.fr

AVANT-PROPOS

La réussite à l'examen national classant du second cycle des études médicales est le résultat de connaissances théoriques et pratiques solides associées à un entraînement régulier à l'épreuve. Les ouvrages de la collection « Les dossiers du DCEM » cherchent à concilier ce double objectif.

Les groupes d'auteurs, spécialistes dans leur discipline, se composent d'hospitalo-universitaires confirmés et de jeunes praticiens. Les dossiers associent cas cliniques originaux et dossiers d'annales. Les dossiers originaux regroupent l'ensemble des questions de la spécialité tout en introduisant des dossiers transversaux, dans l'esprit du nouveau programme. Une correction avec un barème sur 100 points pour chaque dossier permet une auto-évaluation efficace. Des dossiers ont en outre été sélectionnés dans les sujets d'annales posés à l'Internat pour leur caractère classique ou récurrent, ou bien parce qu'ils font appel à des notions plus inhabituelles. Pour chacun, une proposition de correction et de barème vous permet de vous mettre dans les conditions de l'examen.

Enfin, chaque dossier est complété par un commentaire des auteurs : courte mise au point, rappel de cours, notion scientifique nouvelle avec d'éventuelles références bibliographiques, ou simple commentaire sur les pièges et embûches du dossier, vous permettront de compléter vos connaissances sur le sujet proposé.

Bonne réussite à tous.

PROGRAMME

MODULE 1. APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MÉDICAL

Question 1. La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale.

Question 9. Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.

MODULE 2. DE LA CONCEPTION À LA NAISSANCE

Question 19. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.

MODULE 3. MATURATION ET VULNÉRABILITÉ

Question 32. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage.

Question 39. Troubles du comportement de l'adolescent.

Question 41. Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.

Question 42. Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.

Question 43. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte.

Question 44. Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge.

Question 45. Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitements substitutifs et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites.

Question 47. Bases psychopathologiques de la psychologie médicale.

Question 48. Grands courants de la pensée psychiatrique.

MODULE 4. HANDICAP – INCAPACITÉ – DÉPENDANCE

Question 52. Le handicap mental. Tutelle, curatelle, sauvegarde justice.

MODULE 5. VIEILLISSEMENT

Question 63. Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé.

MODULE 6. DOULEUR – SOINS PALLIATIFS – ACCOMPAGNEMENT

Question 70. Deuil normal et pathologique.

MODULE 11. SYNTHÈSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE – DE LA PLAINTE DU PATIENT À LA DÉCISION THÉRAPEUTIQUE – URGENCES

Question 177. Prescription et surveillance des psychotropes.

Question 184. Agitation et délire aigus.

Question 189. Conduite suicidaire chez l'adolescent et l'adulte.

Question 191. Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique.

DEUXIÈME PARTIE. MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

Question 266. Névrose.

Question 278. Psychose et délire chronique.

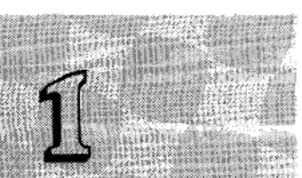
Question 285. Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive.

Question 286. Trouble de la personnalité.

Question 289. Trouble psychosomatique.

TABLE DES MATIÈRES (À COMPLÉTER)

Dossier 1



Hélène, âgée de 16 ans, est amenée en consultation de pédopsychiatrie par ses parents pour évaluation d'une anorexie mentale. Malgré la maigreur apparente et son visage cadavérique, ni elle ni ses parents ne semblent inquiets. D'ailleurs la semaine précédant la consultation, elle a fait l'ascension du mont Blanc avec son père : « c'était la deuxième fois ». « Hélène s'entraîne beaucoup pour être en forme » souligne sa mère. D'ailleurs, il y a 3 ou 4 ans, elle a décidé de maigrir et de changer son alimentation pour progresser. Depuis lors, elle a perdu du poids et ne pèse plus que 38 kg pour 1m65. En dehors de sa pratique sportive, Hélène est une excellente élève. La seule chose dont elle se plaigne c'est d'avoir peu d'amie « car elles sont jalouses de moi » ajoute-t-elle.

Question 1 Quelles sont les caractéristiques cliniques principales (détaillez) de l'anorexie mentale ?

Question 2 Quelles sont les caractéristiques psychologiques classiquement observées dans l'anorexie mentale et témoignant du caractère pathologique de l'anorexie et de l'amaigrissement ?

Question 3 Quels examens réalisez-vous systématiquement dans le cadre de la prise en charge de l'anorexie mentale ?

Question 4 Quelles sont les symptômes cliniques de gravité justifiant une hospitalisation ?

Question 5 Quelles sont les marqueurs paracliniques de gravité justifiant une hospitalisation ?

Question 6 Quelles sont les grandes modalités de la prise en charge de l'anorexie mentale ?

Question 7 Quelles sont les grandes modalités de la renutrition dans l'anorexie mentale ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
48 points

Quelles sont les caractéristiques cliniques principales (détaillez) de l'anorexie mentale ?

- amaigrissement....................3 points
  - souvent massif (jusqu'à 50 % du poids initial) ....3 points
  - progressif....................3 points
  - corps cachectique....................3 points
  - toujours secondaire à l'altération des conduites alimentaires....................3 points
- anorexie ....3 points
  - dysmorphophobie : déni de l'amaigrissement la patiente se sentant grosse ....3 points
  - anosognosie : déni du trouble alimentaire ....3 points
  - hyperactivité intellectuelle ....3 points
  - hyperactivité physique : pratique intensive du sport.......3 points
  - rigidification des relations affectives et isolement social ....3 points
- aménorrhée primaire ou secondaire ....3 points
  - primaire si la patiente est non réglée avant l'apparition du trouble....................3 points
  - secondaire si l'aménorrhée survient après 3 mois de règles régulières ou 6 mois de règles irrégulières.....3 points
  - précède (30 % des cas), succède ou coïncide avec le début du trouble....................3 points
  - ßHCG négatifs....................3 points

Question 2
12 points

Quelles sont les caractéristiques psychologiques classiquement observées dans l'anorexie mentale et témoignant du caractère pathologique de l'anorexie et de l'amaigrissement ?

- dysmorphophobie : déni de l'amaigrissement la patiente se sentant grosse ....3 points
- anosognosie : déni du trouble alimentaire ....3 points
- hyperactivité intellectuelle ....2 points
- hyperactivité physique : pratique intensive du sport...........2 points
- rigidification des relations affectives et isolement social ....2 points

Question 3
8 points

Quels examens réalisez-vous systématiquement dans le cadre de la prise en charge de l'anorexie mentale ?

- examen clinique complet avec évaluation systématique du stade pubertaire (score de Tanner) .... 2 points
- ionogramme sanguin, calcémie, phosphorémie, urée et créatinine plasmatique, hémogramme, TP, TCA, CRP bilan lipidique, glycémie à jeun transaminases hépatiques ... 2 points
- électrocardiogramme (au besoin échographie cardiaque et holter EGG) .... 2 points
- ostéodensitométrie (à répéter 1 fois/an) .... 2 points

Question 4
6 points

Quelles sont les symptômes cliniques de gravité justifiant une hospitalisation ?

- Body Mass Index (poids/taille^2) < 14 kg/m^2 amaigrissement brutal ; arrêt total de la prise alimentaire (aphagie) ; asthénie massive trouble de la vigilance .... 2 points
- troubles cardiovaculaires : tension artérielle systolique < 80 mmHg ou diastolique < 50 mmHg bradycardie < 50 min ou tachycardie > 100/min .... 2 points
- hypothermie (< 35,5 °C) .... 2 points

Question 5
8 points

Quelles sont les marqueurs paracliniques de gravité justifiant une hospitalisation ?

- leucocytes < 1 500/mm^3, neutrophiles < 1 000/mm^3, plaquettes < 50 000/mm^3, taux de prothrombine < 50 % ... 3 points
- hypokaliémie < 3 mM, natrémie < 125 ou > 150 mM créatininémie > 100 µM, urémie > 15 mM hypophosphorémie .... 3 points
- anomalies de l'ECG, péricardite de dénutrition prolapsus mitral décompensé .... 2 points

Question 6
6 points

Quelles sont les grandes modalités de la prise en charge de l'anorexie mentale ?

- projet de réalimentation en ambulatoire ou en hospitalisation si échec ou complications somatiques psychiatriques ou paracliniques l'imposant........................2 points
- prise en charge psychothérapeutique individuelle............2 points
- prise en charge psychothérapeutique familiale..................2 points

Question 7
12 points

Quelles sont les grandes modalités de la renutrition dans l'anorexie mentale ?

- contrat de poids à fixer avec la patiente et le personnel soignant (éviter un contrat trop rigide)......2 points
- programmer avec la patiente la reprise alimentaire progressive sur le plan qualitatif et quantitatif....................2 points
- rencontres diététicienne / patiente régulières pour planifier la composition du repas et le rythme de la reprise calorique...2 points
- entretien personnel soignant / patiente pour éviter les contres-attitudes et expliquer les modalités de la prise en charge..2 points
- en cas de refus du contrat, possibilité de sonde naso-gastrique pour initier la reprise de poids et sortir du danger vital...2 points
- pesée une fois par semaine, heures fixes, jours fixes.........2 points

COMMENTAIRES

Il s'agit d'un cas clinique extrêmement classique. Aucune surprise donc, et la structure de ce cas clinique est typique. Une première partie où l'on vous demande de connaître votre sémiologie, et une troisième partie où il faut connaître les principes de base du traitement médicamenteux dans ce trouble.

Cependant la seconde partie est beaucoup plus complexe. Dorénavant, les principes du bilan paraclinique et des critères de gravité clinique et paraclinique sont extrêmement bien codifiés. Il faut donc les connaître. Ces 3 questions (3, 4 et 5) sont les seules questions qui par leur originalité feront la différence...

Dossier 2

M. P. âgé de 41 ans est amené par les pompiers à 10 h du matin suite à une chute brutale avec morsure de langue. Les radiographies de la cheville droite mettent en évidence une fracture malléolaire relevant d'un plâtre simple. Ce patient présente également les stigmates d'une alcoolo-dépendance ainsi que des plaques érythémato-squameuses au niveau des coudes et du cuir chevelu. L'alcoolémie était nulle aux urgences. Il existe un syndrome confusionnel. Le scanner cérébral est normal ainsi que les examens paracliniques en dehors d'une élévation des gammaglutamyltransférases.

Il sort dès le lendemain pour son domicile avec une ordonnance de VALIUM® et de béquilles.

Le surlendemain vous voyez revenir M. P., amené par les pompiers appelés par des voisins en raison « des cris terrifiants d'un homme qui se défend contre des animaux ». Vous apprenez également que ce patient est isolé et n'a pu se procurer ni médicaments, ni béquilles, ni alcool.

Question 1 Quelles sont les causes possibles d'un syndrome confusionnel à rechercher chez le sujet alcoolo-dépendant ?

Question 2 Quelle est l'étiologie la plus probable lors du premier passage aux urgences ?

Question 3 Quel en est le traitement ?

Question 4 Quel diagnostic portez-vous sur la complication amenant à sa réhospitalisation ?

Question 5 Quels autres signes cliniques retrouverez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

Question 6 Quels en sont les principes de traitement ?

Question 7 Quel diagnostic dermatologique associé évoquez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quelles sont les causes possibles d'un syndrome confusionnel à rechercher chez le sujet alcoolo-dépendant ?

- épilepsie (confusion post-critique) ....2 points
- hypoglycémie ....3 points
- ivresse aiguë...3 points
- delirium tremens ....3 points
- intoxication médicamenteuse...2 points
- infection (dont méningite) ....1 point
- hématome sous-dural ou extra-dural..................................1 point
  hémorragie méningée...1 point
- trouble hydro-électrolytique (hyponatrémie).......................1 point
- pancréatite aiguë ....1 point
- encéphalopathie hépatique ....1 point
- encéphalopathie de Gayet-Wernicke ....1 point
- encéphalopathie de Marchiafava-Bignami ....NC

Question 2
20 points

Quelle est ici l'étiologie la plus probable ?

Confusion post-critique dans le cadre d'une épilepsie de sevrage :

- épilepsie car ....6 points
  - o chute traumatique...2 points
  - o morsure de langue ....2 points
- en sevrage...5 points
  - o alcoolémie nulle aux urgences..1 point
  - o contexte d'alcoolo-dépendance......................................1 point
- examen clinique ....1 point
  - o et paraclinique..1 point
  - o dont TDM sans anomalie ....1 point

Question 3
15 points

Quel en est le traitement ?

- traitement de la crise et du risque de récidive (benzodiazépine) ....5 points
- traitement de la dépendance (abstinence) ....5 points
- risque de récidive au décours de 30 % à 3 ans (identique à celui crise spontanée dans population générale) ....NC
- donc pas de traitement de fond ....3 points
- exploration systématique par imagerie cérébrale si première crise (TDM) ....2 points
  à discuter selon la clinique lorsque épilepsie connue ....NC

Question 4
10 points

Quel diagnostic portez-vous sur la complication suivante ?

- delirium tremens ....5 points
  - o survenue en sevrage ....1 point
  - o délai d'apparition > 24 h après arrêt consommation ......1 point
  - o agitation (adhésion aux idées délirantes) ....1 point
  - o facteurs de risques : pathologie somatique aiguë intercurrente ....1 point
  - o désocialisation (patient n'ayant pu s'approvisionner ni en traitement, ni en alcool) ....1 point

Question 5
10 points

Quels autres signes cliniques retrouverez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- présence des autres signes de sevrage : sueurs importantes, tremblements majeurs (« tremens »), anxiété ....3 points
- tableau confusionnel....................3 points
- hallucinations multimodales ....1 point
  - o auditives, somesthésiques et surtout visuelles (onirisme)....2 points
  - o avec thématiques effrayantes : zoopsies, thèmes professionnels ....1 point

Question 6
20 points

Quels en sont les principes de traitement ?

- hospitalisation en unité de soins intensifs....................2 points
- rechercher facteurs favorisants (infections, traumatismes) ....1 point
- chambre éclairée sans contention....................1 point
- hydratation orale si possible ou parentérale abondante....2 points
  (adaptée à la clinique et au ionogramme)....................2 points
- vitaminothérapie :
  - o B1 (thiamine) parentérale systématique 500 mg/j ....3 points
  - o associer B6 et PP....................1 point
- magnésium si hypokaliémie à corriger ....1 point
- benzodiazépines dose de charge IV jusqu'au sommeil à adapter ensuite à la clinique....................4 points
- surveillance clinique et biologique ....2 points
- uniquement si agitation non contrôlable : emploi de neuroleptique sous couverture de beuzochiazépins
- prise en charge de l'alcoolo-dépendance au décours.........1 point
- si rechute prévoir sevrage hospitalier de préférence (risque de récidive)....................NC

Question 7
10 points

Quel diagnostic dermatologique associé évoquez-vous ?

- Psoriasis : ....4 points
  - lésion érythémato-squameuse..2 points
  - et localisation (coudes, cuir chevelu)..............................2 points
- Exacerbation fréquente chez le sujet alcoolo-dépendant (immunodépression)............................2 points

COMMENTAIRES

Ce dossier permet d'aborder deux complications sévères de sevrage à l'alcool que sont les épilepsies de sevrage et le delirium tremens. Il souligne l'importance de la surveillance au décours d'une épilepsie de sevrage car 15 à 30 % évolue vers un delirium tremens en l'absence de traitement : une vision globale de la situation du patient est nécessaire pour s'assurer de l'observance thérapeutique au décours de l'hospitalisation si celle-ci est courte.

Bien entendu cette étiologie pour la crise d'épilepsie ne doit être retenue qu'après avoir envisagé d'autres causes qui peuvent être multiples chez un sujet alcoolo-dépendant.

Le delirium tremens est une complication grave, parfois mortelle, relevant d'une prise en charge dans un milieu disposant de moyen de réanimation car le traitement repose sur les benzodiazépines à dose importante par voie parentérale ; en aucun cas les neuroleptiques ou antipsychotiques ne sont le traitement de référence.

L'adjonction de vitamines surtout B1 par voie parentérale est ici indispensable pour prévenir toute évolution vers un syndrome de Gayet-Wernicke et de Korsakoff.

Des antécédents de complications sévères de ce type doivent faire préférer en cas de rechute alcoolique le sevrage hospitalier devant le risque de récidive avec surveillance renforcée des manifestations de sevrage et traitement préventif par benzodiazépines.

Enfin, sur le plan dermatologique, outre les classiques stigmates de l'alcoolo-dépendance, il convient de connaître la fréquence de l'exacerbation de pathologies préexistantes dont le psoriasis, l'acné rosacée, la dermatite séborrhéique ainsi que certains types d'eczéma, qui peuvent faire l'objet de dossiers transversaux.

Dossier 

Vous recevez aux urgences Madame D., âgée de 35 ans, amenée par son mari une semaine après avoir accouché de leur premier enfant, une fille de 3,300 kg, née à terme. À son arrivée, Madame D. est prostrée et mutique, les yeux hagards.

Son mari raconte que la grossesse a été difficile, avec un arrêt de travail dès le cinquième mois en raison de contractions utérines. Son épouse a dû rester alitée pendant plusieurs semaines, semblait très fatiguée, n'avait envie de rien faire et pleurait fréquemment.

L'accouchement s'est déroulé il y a sept jours sans complications. Depuis son retour à domicile, Madame D. a des difficultés pour s'occuper de son enfant, se montre irritable et a du mal à dormir en raison de cauchemars. Depuis deux jours, elle semble perdue dans ses pensées, erre dans la maison, dort le jour mais est agitée la nuit.

Soudainement, Madame D. prend la parole : « c'est la fille du Diable, elle vient pour exterminer le monde, ma vraie fille est encore à la maternité, ma punition est de devoir élever l'Antéchrist ». Elle prie toutes les nuits au pied du berceau de sa fille et souhaite se rendre dans une église pour boire de l'eau bénite : « comme cela, en allaitant cette enfant, je vais peut-être réussir à l'empoisonner ».

Madame D. se croit en 1930 dans un couvent, et pense que les médecins et les infirmières des urgences sont des moines et des nonnes. Elle vous demande brusquement de vous taire et penche la tête sur le côté en semblant tendre l'oreille. Elle dit alors : « Je vous jure, Maître, je ne ferai aucun mal à votre enfant », puis elle fond en larmes.

Question 1 Quelle est l'analyse sémiologique de cette observation ?

Question 2 Quel diagnostic portez-vous ?

Question 3 Quels sont les facteurs favorisant de ce trouble ?

Question 4 Quels sont les deux risques graves que vous redoutez ?

Question 5 Quels sont les diagnostics différentiels de ce tableau clinique ?

Question 6 Quelles sont les modalités de prise en charge ?

Question 7 Quelle est l'évolution la plus fréquemment rencontrée dans ce trouble ?

Question 6 Quels sont les risques sur le long terme ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
29 points

Quelle est l'analyse sémiologique de cette observation ?

- terrain :
  - o âge supérieur à 30 ans .... 1 point
  - o primipare .... 1 point
  - o antécédent de grossesse difficile .... 1 point
  - o antécédents de troubles psychiatriques durant la grossesse .... 1 point
- prodromes :
  - o irritabilité .... 1 point
  - o troubles du sommeil avec cauchemars .... 1 point
- chronologie :
  - o début brutal dans les dix jours suivant l'accouchement .... 2 points
- symptomatologie :
  - o épisode confuso-délirant .... 5 points
  - o avec désorientation temporo-spatiale .... 4 points
  - o perplexité anxieuse .... 1 point
  - o tristesse de l'humeur .... 3 points
  - o tableau délirant polymorphe centré sur l'enfant .... 3 points
  - o thème : filiation, mysticisme .... 1 point
  - o mécanisme : hallucinatoire, imaginatif, interprétatif .... 1 point
  - o adhésion : totale .... 1 point
  - o critique : aucune .... 1 point
  - o mal systématisé .... 1 point

Question 2
10 points

Quel diagnostic portez-vous ?

- psychose du post-partum .... 10 points

Question 3
6 points

Quels sont les facteurs favorisants de ce trouble ?

- âge supérieur à 30 ans .... 1 point
- primiparité .... 1 point
- antécédents familiaux de troubles psychiatriques du post-partum .... 1 point
- antécédents personnels de troubles psychiatriques .... 1 point
- accouchement difficile et complications obstétricales .... 1 point
- contexte socio-économique défavorable .... 1 point

Question 4
8 points

Quels sont les deux risques graves que vous redoutez ?

- infanticide ....4 points
- suicide ....4 points

Question 5
9 points

Quels sont les diagnostics différentiels de ce tableau clinique ?

- thrombophlébite cérébrale ....3 points
- rétention placentaire..3 points
- état confusionnel sur infection ....3 points

Question 6
26 points

Quelles sont les modalités de prise en charge ?

- urgence diagnostique et thérapeutique ....2 points
- hospitalisation de la patiente en milieu psychiatrique ....2 points
  - o si nécessaire sous contrainte (Hospitalisation sur demande d'un tiers) ....1 point
  - o séparation mère/enfant en phase aiguë.........................1 point
  - o puis hospitalisation en unité spécialisée mère-enfant (si possible) ....1 point
- traitement médicamenteux
  - o arrêt de l'allaitement ....2 points
  - o contre-indication des agonistes dopaminergiques ....NC
  - o vérifier l'absence de contre-indications aux neuroleptiques ....1 point
  - o neuroleptique à visée anti-productive.............................3 points
  - o par exemple : halopéridol HALDOL® : 10 à 15 mg par jour en trois prises ....NC
  - o en cas d'agitation importante : neuroleptiques sédatifs loxapine LOXAPAC® : 100 à 300 mg par jour.....................NC
  - o en cas de refus du traitement par voie orale traitement par voie intramusculaire..NC
  - o association avec un traitement antidépresseur ....3 points
  - o dans les cas les plus sévères ou en cas de chimiorésistance : ECT (= sismothérapie ou Electro Convulsivo Thérapie) après bilan préo-pératoire et élimination des contre-indications..3 points
- surveillance de l'efficacité : comportement, sommeil, critique des idées délirantes, confusion ....3 points
- surveillance de la tolérance : pouls, tension artérielle, température deux fois par jour, recherche d'hypotension orthostatique, signes extrapyramidaux ....3 points
- prise en charge psychothérapeutique individuelle et/ou familiale après l'épisode aigu....................................1 point

Question 7
3 points

Quelle est l'évolution la plus fréquemment rencontrée dans ce trouble ?

- **guérison sans séquelles dans 80 % des cas.......................3 points**

Question 8
9 points

Quels sont les risques sur le long terme ?

- **évolution vers un trouble bipolaire de l'humeur.................3 points**
- **évolution vers une schizophrénie..3 points**
- **récidive lors d'une grossesse ultérieure..............................3 points**

COMMENTAIRES

La psychose du post-partum est un dossier classique de l'internat. Sa difficulté réside surtout dans l'analyse sémiologique de l'observation, car le tableau clinique est souvent riche et polymorphe avec une intrication d'éléments pseudo-confusionnels, délirants et dépressifs. En revanche, la question de la prise en charge thérapeutique et de l'évolution ne doit poser aucun problème au candidat.

La psychose du post-partum fait partie des trois troubles psychiatriques du post-partum à connaître pour l'internat (avec le baby-blues et le syndrome dépressif du post-partum). Un même dossier peut associer deux troubles différents successifs qui ne devront alors pas être confondus : par exemple, un baby-blues qui précède et se complique secondairement d'une psychose du post-partum. C'est la date de survenue, le type et la sévérité des symptômes qui guident l'orientation diagnostique et la prise en charge thérapeutique.

La psychose du post-partum touche environ 1 à 2/1 000 parturientes et survient à 80 % dans le premier mois après l'accouchement. Il s'agit d'un trouble psychiatrique associant, classiquement après une phase de prodromes, des symptômes confuso-délirants et thymiques. Les thèmes délirants sont essentiellement centrés sur l'enfant. Le traitement associe les neuroleptiques et les antidépresseurs ; la sismothérapie (ECT) peut être utilisée en première intention en cas de troubles particulièrement sévères ou secondairement dans le cas de troubles résistants aux traitements médicamenteux.

Certaines particularités sont communes aux dossiers concernant les troubles du post-partum (dépression et psychose du post-partum) : le risque de suicide et d'infanticide, la prise en charge dans une unité mère-enfant, la suspension obligatoire de l'allaitement en cas de prescription de psychotropes, l'évolution possible vers un trouble (unipolaire ou bipolaire) de l'humeur ou une schizophrénie, le risque de récidive lors d'une grossesse ultérieure.

Dossier 4

Mathilde, âgée de 18 ans se présente à votre cabinet de médecine générale. Cette jeune femme que vous connaissez depuis l'enfance, n'a pas d'antécédent somatique majeur. Elle a de très bons résultats scolaires, et travaille énormément depuis qu'elle a intégré sa classe préparatoire. Cependant, vous êtes surpris par sa prise de poids. Alors qu'elle pesait il y a encore un an 53 kg, pour 1m68, elle pèse actuellement 68 kg. Elle vous confesse que depuis 3 ans maintenant, elle mange énormément le soir puis se fait vomir et ce plusieurs fois par semaine. Par exemple hier soir, elle a acheté 3 paquets de gâteaux, et 3 croissants qu'elle a dévorés en sortant des cours. Dégoûtée par ce comportement, et sur les conseils de ses parents, elle a rencontré il y a 6 mois, un psychiatre qui lui a conseillé de ne plus vomir. Depuis lors « c'est pire... je prends du poids, je me sens déprimée, et il m'arrive encore de vomir... je suis perdue » dit-elle en s'effondrant.

Question 1 Quel est le déroulement habituel d'une crise de boulimie ? Précisez les caractères cliniques de chaque phase.

Question 2 Quelles sont les habitudes alimentaires fréquemment observées chez les boulimiques en dehors des crises alimentaires ?

Question 3 Quels sont les principaux diagnostics différentiels à éliminer en cas de boulimie ?

Question 4 Quels sont les examens complémentaires systématiques à réaliser devant la présence d'une boulimie ?

Question 5 Quelles sont les principales complications somatiques observées dans la boulimie, et que vous recherchez ?

Question 6 Précisez le caractère évolutif de ce trouble.

Question 7 Vous vous demandez s'il faut hospitaliser Mathilde. Quelles sont les indications d'une hospitalisation ?

Question 8 Si vous décidez de ne pas hospitaliser Mathilde, que lui proposez-vous ?

Question 9 Quelles sont les modalités du contrat cognitivo-comportemental qui seront probablement proposées à Mathilde ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel est le déroulement habituel d'une crise de boulimie ? Précisez les caractères cliniques de chaque phase.

- phase prodromique : le malade ressent une sensation envahissante et oppressante de faim associée à de l'angoisse et de l'irritation ....5 points
- phase d'état : ingurgitation massive, rapide, frénétique, d'une grande quantité d'aliments à forte teneur calorique (pain, beurre, pâte...) avec sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire durant la crise ....5 points
- fin de l'accès
  - o profond malaise physique (douleur et pesanteur abdominale, nausée, céphalée, fatigue intense) et psychique (honte, remord, culpabilité mépris de soi) ....5 points
  - o comportements compensatoires inappropriés pour prévenir de la prise de poids : vomissements provoqués, abus de laxatifs et diurétiques, jeûne exercice physique excessif...5 points

Question 2
15 points

Quelles sont les habitudes alimentaires fréquemment observées chez les boulimiques en dehors des crises alimentaires ?

- comportements compensatoires inappropriés pour prévenir de la prise de poids : vomissements provoqués, abus de laxatifs et diurétiques, jeûne, exercice physique excessif..5 points
- stratégie d'évitement alimentaire (refus de manger en public, obsessions des régimes) ....5 points
- préoccupation constante et obsédante de la nourriture (rêve, attirance pour la cuisine)...5 points

Question 3
15 points

Quels sont les principaux diagnostics différentiels à éliminer en cas de boulimie ?

- causes organiques : tumeur frontale épilepsie partielle, encéphalopathie ....5 points
- causes psychiatriques : syndrome de Kleine-Levin+++ ....5 points
- autres troubles alimentaires : grignotage, hyperphagie ....5 points

Question 4
12 points

Quels sont les examens complémentaires systématiques à réaliser devant la présence d'une boulimie ?

- examen clinique complet avec évaluation systématique du stade pubertaire (score de Tanner)..............................5 points
- ionogramme sanguin, calcémie, phosphorémie, urée et créatinine plasmatique, hémogramme, TP, TCA, CRP, bilan lipidique, glycémie à jeun, transaminases hépatiques..5 points
- électrocardiogramme (au besoin échographie cardiaque et holter)..2 points

Question 5
10 points

Quelles sont les principales complications somatiques observées dans la boulimie, et que vous recherchez ?

- trouble du rythme cardiaque en rapport avec l'hypokaliéme..2 points
- lésions stomatologiques : caries, stomatites, gingivites, hypertrophie des parotides ....2 points
- lésions gastroentérologiques : œsophagites, gastrites, syndrome de Mallory-Weiss................................2 points
- pneumopathie d'inhalation..2 points
- trouble du cycle menstruel (30 % des cas dysménorrhée, aménorrhée, ménométrorragie) ....2 points

Question 6
8 points

Précisez le caractère évolutif de ce trouble.

- guérison dans 50 % des cas ....2 points
- chronicisation dans 20 % des cas ....2 points
- rémission partielle dans 20 % des cas ....2 points
- décès dans 0,3 % des cas..2 points

Question 7
8 points

Vous demandez s'il faut hospitaliser Mathilde. Quelles sont les indications d'une hospitalisation ?

- résistance au traitement ambulatoire.................................2 points
- risque suicidaire élevé en rapport avec un effondrement dépressif sévère ....2 points
- recrudescence des accès boulimiques ....2 points
- complication organique des crises de boulimies ou des vomissements ....2 points

Question 8
6 points

Si vous décidez de ne pas hospitaliser Mathilde, que lui proposez-vous ?

- suivi psychiatrique double approche : psychothérapie de soutien d'inspiration psychanalytique et début d'une prise en charge cognitivo-comportementale............2 points
- début d'un traitement antidépresseur (inhibiteur de la recapture de la sérotonine) pour traiter la dépression associée..2 points
- suivi par une diététicienne formée à ce type de trouble.......2 points

Question 9
15 points

Quelles sont les modalités du contrat cognitivo-comportemental qui seront probablement proposées à Mathilde ?

- période d'auto-observation en particulier pour reconnaître les signes précurseurs des crises............2 points
- acquisition d'un nouvel apprentissage de la conduite alimentaire (cadre fixe des repas absence d'intervalles de plus de trois heures entre 2 repas, interdiction de faire une autre activité pendant les périodes d'alimentation)................................2 points
- identifier et corriger les idées erronées concernant les conduites alimentaires en général.............2 points

COMMENTAIRES

Ce dossier est très classique. Il convient seulement de ne pas confondre le trouble anorexique associé à des crises de boulimie (où les crises de boulimie surviennent le plus souvent dans le contexte de restriction sévère), et le trouble boulimique (où l'impulsivité est au premier plan et le poids normal ou augmenté). La seule question complexe est celle des complications secondaires aux vomissements. Il faut apprendre cette liste. Ne jamais oublier le risque d'hypokaliémie secondaire. C'est le seul point qui pourrait être jugé par les correcteurs comme indispensable à savoir.

Dossier 5



Monsieur Z., 23 ans, présente depuis plusieurs mois un syndrome délirant paranoïde avec hallucinations acoustico-verbales, automatisme mental et discordance. Après avoir posé le diagnostic de schizophrénie paranoïde, il est hospitalisé en psychiatrie pour bilan et mise en place d'un traitement.

Question 1 Quels sont les grands axes du projet thérapeutique lors de l'hospitalisation en phase processuelle ?

Question 2 Rédigez la prescription des médicaments à utiliser chez ce malade en début de traitement.

Question 3 Quels sont les éléments de surveillance d'un tel traitement ?

Question 4 Quelles sont les précautions à prendre pour prescrire ces médicaments ?

Question 5 Au bout de trois jours, le malade fait une crise dyskinétique aiguë. Quelle conduite thérapeutique devez-vous adopter ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quels sont les grands axes du projet thérapeutique lors de l'hospitalisation en phase processuelle ?

- chimiothérapie neuroleptique (neuroleptique classique ou atypique) ....4 points
  - o posologie minimale efficace ....2 points
  - o privilégier la monothérapie ....2 points
  - o si angoisse ou agitation importante ....1 point
    utilisation initiale d'un autre neuroleptique ou d'une benzodiazépine à visée sédative ....1 point
- psychothérapie ....1 point
  - o psychothérapie de soutien ....1 point
  - o thérapie institutionnelle ....NC
  - o entretien avec la famille ....1 point
- sociothérapie ....1 point
  - o favoriser ou maintenir l'insertion sociale ....2 points
  - o mesures de protection des biens si nécessaire (curatelle, tutelle) ....1 point
  - o demande de ressources minimales (Allocation Adulte Handicapée) ....1 point
  - o envisager hôpital de jour et reprise de travail en milieu protégé (COTOREP) ....1 point
  - o adapter les projets aux capacités du sujet ....1 point

Question 2
30 points

Rédigez la prescription des médicaments à utiliser chez ce malade en début de traitement.

- si choix neuroleptiques classiques ....2 points
  - o Halopéridol (HALDOL®)...2 points
  - o 5 mg matin et soir *per os* ....2 points
  - o si refus du traitement *per os* ....2 points
  - o HALDOL® 5 mg 2 ampoules en IM ....2 points
- ou neuroleptiques atypiques (Olanzapine, Rispéridone) ...2 points
  - o RISPERDAL® ....2 points
  - o 2 mg : 2 cp matin 2 cp soir ....2 points

Problème de l'absence de forme injectable
(dans l'immédiat) si refus traitement *per os* :

- on peut proposer si refus traitement *per os*
  - o Loxapine (LOXAPAC®) ....2 points
  - o 3 ampoules à 50 mg en IM...2 points
- on peut ajouter initialement si agitation
  - o RIVOTRIL® 4 mg jour (*per os* ou IM si refus)
    ou TERCIAN® 150 mg/j ....4 points
  - o à visée sédative ....2 points
  - o si dyskinésie aiguë...2 points
  - o LEPTICUR® 1 ampoule en IM, relais *per os*
    LEPTICUR® 1 cp/j ....2 points

Question 3
20 points

Quels sont les éléments de surveillance d'un tel traitement ?

- efficacité ....5 points
  - o régression de la symptomatologie délirante
    (critique du délire) et déficitaire ....2 points
- tolérance ....5 points
  - o allergie..1 point
  - o température ....1 point
  - o pouls ....1 point
  - o tension artérielle (couché et debout) ....1 point
  - o poids ....1 point
  - o effets neurologiques...1 point
  - o effets neurovégétatifs...1 point
  - o effets endocriniens ....1 point

Question 4
20 points

Quelles sont les précautions à prendre pour prescrire ces médicaments ?

❑ Respect des contre-indications :

- absolues
  - o glaucome à angle fermé (non traité) .... 1 point
  - o coma hypoglycémique, éthylique et barbiturique .... 1 point
  - o hypersensensibilité connu au produit .... 1 point
  - o grossesse (sauf chlorpromazine) .... 1 point
  - o démence à corps de Lewy .... 1 point
- relatives
  - o adénome de la prostate .... 1 point
  - o porphyrie .... 1 point
  - o sclérose en plaques lors d'une poussée évolutive .... 1 point
  - o insuffisance hépatique ou rénale .... 1 point
- Bilan minimal
  - o ionogramme sanguin .... 1 point
  - o avec fonction rénale .... 2 points
  - o bilan hépatique .... 2 points
  - o et NFS, plaquettes .... 2 points
  - o ECG avec évaluation espace QT .... 2 points
  - o test de grossesse chez la femme .... 2 points

Question 5
20 points

Au bout de trois jours, le malade fait une crise dyskinétique aiguë. Quelle conduite thérapeutique devez-vous adopter ?

- rassurer le patient .... 1 point
- soulager la crise par un antiparkinsonnien anticholinergique (« correcteur ») .... 4 points
- par voie injectable (LEPTICUR® 1 ampoule en IM) .... 4 points
- relais par antiparkinsonien *per os* (LEPTICUR® 1 cp matin) .... 4 points
- surveillance de l'efficacité .... 4 points
- recherche au décours de la posologie minimale efficace du neuroleptique pour éviter la prescription au long cours .... 3 points

COMMENTAIRES

Ce dossier est orienté sur la prise en charge thérapeutique d'un patient présentant une schizophrénie paranoïde (forme la plus fréquente de schizophrénie). Il est rare qu'il soit demandé aussi expressément la rédaction d'une ordonnance ; on voit ici que la prescription d'un neuroleptique classique facilite le choix en cas de refus du traitement *per os*, ce qui est initialement souvent le cas. Le choix d'un neuroleptique atypique, tout aussi possible, pose le problème d'une prescription d'un autre produit si refus *per os* car il n'existe pas, à ce jour, de forme injectable de neuroleptique atypique. On peut alors utiliser de manière temporaire la Loxapine avec reprise du neuroleptique atypique *per os* dès que possible.

La crise dyskinétique aiguë est un événement moins fréquent avec les neuroleptiques atypiques, qui se corrige rapidement par les antiparkinsonniens anticholinergiques. Il est recommandé d'éviter leur prescription de manière systématique avec les neuroleptiques ainsi que leur prescription au long cours ; ainsi après un épisode de dyskinésie aiguë et relais il faut rechercher la dose minimale efficace du neuroleptique et envisager l'arrêt du correcteur (augmente certains effets secondaires dont la sécheresse buccale et est potentiellement incriminé dans la survenue des dyskinésies tardives).

Dossier 6

Vous êtes appelé en pleine nuit au chevet de Madame B., âgée de 19 ans, qui a accouché il y a deux jours d'une petite fille. L'infirmière l'a retrouvée en pleurs dans son lit, n'arrivant pas à trouver le sommeil, se balançant d'avant en arrière en disant : « je n'y arriverai jamais, je n'y arriverai jamais ». Il s'agit d'une première grossesse compliquée d'une menace d'accouchement prématuré ayant nécessité un alitement durant les deux derniers mois de grossesse. Le père qui ne voulait pas d'enfant est parti sans laisser d'adresse ; depuis Madame B. n'a plus de nouvelles. Elle est au chômage depuis plusieurs mois et est revenue habiter chez ses parents. Elle se sent incapable de faire face à cette maternité et affirme qu'elle sera une mauvaise mère. Elle se calme lorsque vous la rassurez et accepte d'en rediscuter le lendemain. Le lendemain, elle est souriante et vous dit que tout devrait bien se passer.

Question 1 Quel est votre diagnostic ?

Question 2 Quelle est l'évolution habituelle de ce trouble ?

Question 3 Quels sont les principes de la prise en charge ?

Deux mois plus tard, vous revoyez en consultation Madame B. Elle passe ses journées à pleurer, sans pouvoir s'occuper de son enfant. Elle continue l'allaitement au sein, mais les autres soins sont pris en charge par ses parents. Elle a beaucoup maigri, n'arrive pas à s'endormir et se sent très anxieuse. Elle reste dans le canapé sans même s'intéresser aux programmes télévisuels qu'elle aimait tant.

Question 4 Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

Question 5 Quelle prise en charge proposez-vous ?

Question 6 Quelles sont les évolutions possibles de ce trouble ? Quels en sont ses risques ?

Question 7 Quels facteurs de risque de trouble du post-partum repérez-vous dans cette observation ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quel est votre diagnostic ?

- post-partum blues .... 10 points

Question 2
9 points

Quelle est l'évolution habituelle de ce trouble ?

- spontanément favorable .... 3 points
- disparition en quelques heures ou jours .... 3 points
- parfois évolution vers une dépression du post-partum........ 3 points

Question 3
12 points

Quels sont les principes de la prise en charge ?

- surveillance simple.. 3 points
- pas d'indication à une hospitalisation en psychiatrie .... 3 points
- pas de traitement médicamenteux .... 3 points
- attitude rassurante de l'équipe soignante .... 1 point
- psychothérapie de soutien à discuter éventuellement orientée sur la relation mère-enfant .... 1 point
- recommander un suivi par la PMI (Protection maternelle et infantile) .... 1 point

Question 4
22 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

- dépression du post-partum .... 10 points
- tristesse de l'humeur, pleurs .... 2 points
- anhédonie, apragmatisme et clinophilie .... 3 points
- sentiment d'incapacité .... 2 points
- amaigrissement, insomnie, asthénie.................................... 3 points
- anxiété.. 2 points

Question 5
23 points

Quelle prise en charge proposez-vous ?

- hospitalisation si nécessaire (notamment si idées suicidaires) sinon soins en ambulatoire ....3 points
- prise en charge en unité mère-enfant si possible................3 points
- traitement antidépresseur ....2 points
  - o par inhibiteur de la recapture de la sérotonine :............2 points
  - o paroxétine DEROXAT® 20 mg/j ....1 point
  - o en l'absence de contre-indications....................2 points
- suspension de l'allaitement maternel....................3 points
- consultations psychothérapeutiques mère-enfant................2 points
- surveillance de l'efficacité et de la tolérance ....2 points
- prévention des récidives (grossesse ultérieure) ....3 points

Question 6
14 points

Quelles sont les évolutions possibles de ce trouble ? Quels en sont ses risques ?

- guérison....................3 points
- récidive lors d'une grossesse ultérieure....................3 points
- évolution vers un trouble de l'humeur (uni ou bipolaire)......2 points
  ou une schizophrénie ....2 points
- risque de tentative de suicide ....2 points
  et d'infanticide....................2 points

Question 7
10 points

Quels facteurs de risque de trouble du post-partum repérez vous dans cette observation ?

- mère jeune (< 20 ans)....................2 points
- complications somatiques durant la grossesse....................2 points
- antécédent de post-partum blues....................2 points
- mère célibataire....................2 points
- difficultés socio-économiques....................2 points

COMMENTAIRES

Les sujets d'internat, s'ils traitent des troubles du post-partum, se présentent plutôt sous la forme d'une psychose du post-partum. Cependant, il convient de connaître également le post-partum blues et la dépression du post-partum, tant au niveau diagnostique que thérapeutique. Les éléments qui orientent le diagnostic dans un tel dossier comprennent : le moment de survenue des symptômes par rapport à l'accouchement, leur intensité et leur évolution, le terrain de survenue. Le post-partum blues touche 30 à 80 % des accouchées, survient aux alentours du 3e jour, dure quelques heures ou quelques jours, est sans gravité et spontanément résolutif. Il impose cependant d'établir une surveillance, soit par le médecin généraliste, soit par la PMI, afin de s'assurer de sa guérison complète. En effet, s'il s'aggrave ou persiste, il peut alors représenter une évolution vers un syndrome dépressif caractérisé qui, lui, nécessite une prise en charge spécialisée. La dépression du post-partum se traite alors comme un syndrome dépressif classique, en ayant recours en première intention aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine qui sont efficaces et bien tolérés. La seule précaution concerne les femmes qui allaitent : l'allaitement doit être suspendu du fait de la diffusion des psychotropes dans le lait maternel. La durée du traitement est classiquement de six mois minimum. Il convient d'être attentif au risque de tentative de suicide et au risque d'infanticide et de décider d'une prise en charge hospitalière au moindre doute (idéalement dans une unité mère-enfant). Il convient dans le cas de tous les troubles psychiatriques du post-partum d'être attentif à une récidive éventuelle lors d'une grossesse ultérieure, et ce, d'autant plus qu'il existe des facteurs de risque repérés (comme dans cette observation).

Dossier 7

Madame Delphine C., 48 ans, secrétaire de direction, sans antécédents particuliers, est conduite par son mari à votre consultation pour trouble de la marche. En effet, elle a subitement présenté il y a 8 jours des difficultés pour marcher alors qu'elle accompagnait son mari à un cocktail d'affaire. Devant l'intensité du trouble, la soirée a dû être interrompue, Monsieur C. ayant même dû porter son épouse jusqu'à leur voiture. Il a insisté pour la conduire à l'hôpital mais cette dernière refusa. Depuis, elle ne peut plus aller à son travail, ne va plus chercher son fils à la sortie du collège ; elle reste au lit, sans pouvoir en sortir, se plaignant d'asthénie. Devant l'insistance de ses collègues de travail qui se sont rendus à son chevet, son mari a finalement réussi à la convaincre de venir, avec son aide, jusqu'à votre consultation ; la patiente quant à elle souhaitait plutôt « attendre que ça passe ». L'examen clinique somatique est sans particularité, seule la démarche est chancelante. Au moment où l'on croit qu'elle va tomber, elle finit bien heureusement dans les bras de son mari qui ne masque pas sa grande inquiétude. Par ailleurs, elle se plaint d'insomnie d'endormissement et d'anxiété importante.

Question 1 Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ? Sur quels arguments ?

Question 2 Quels sont les éléments à rechercher pour conforter votre diagnostic ?

Question 3 Madame Delphine C. vous réclame une hospitalisation pour qu'on puisse lui pratiquer des examens. Que lui répondez-vous ? Pourquoi ?

Question 4 Détaillez vos mesures thérapeutiques à court, moyen et long terme.

Question 5 Peut-on parler de simulation ? Pourquoi ?

Question 6 Quelle(s) complication(s) redoutez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
17 points

Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ? Sur quels arguments ?

- Accident de conversion hystérique ....5 points
  - o examen clinique somatique sans particularité ....2 points
  - o astasie, abasie ....2 points
  - o théâtralisme ....2 points
  - o présence de nombreux tiers depuis l'incident (suggestibilité ?)...2 points
  - o relativement bonne tolérance depuis une semaine : « belle indifférence », banalisation ....2 points
  - o association à d'autres symptômes psychiatriques : anxiété, asthénie et insomnie d'endormissement ....2 points

Question 2
20 points

Quels sont les éléments à rechercher pour conforter votre diagnostic ?

- rechercher la présence de conflits familiaux, conjugaux ou professionnels récents ....2 points
- rechercher l'existence de frustrations récentes ....2 points
- rechercher d'éventuels bénéfices secondaires (éviction professionnelle opportune ? « fidélisation » de l'époux ?) ....4 points
- repérer le caractère fluctuant et capricieux de la symptomatologie ....4 points
- rechercher une baisse de la libido, une frigidité
- rechercher des traits de personnalité histrionique (non systématique) : suggestibilité, mythomanie, labilité émotionnelle, superficialité des affects ....4 points
- rechercher des épisodes antérieurs de troubles d'allure organique avec examen clinique normal ....4 points

Question 3
14 points

Madame Delphine C. vous réclame une hospitalisation pour qu'on puisse lui pratiquer des examens. Que lui répondez-vous ? Pourquoi ?

- vous pensez que ce n'est pas une bonne solution à son problème, car ....10 points
- aggravation des bénéfices secondaires avec risque d'« hospitalisme »..2 points
- le traitement doit s'observer en ambulatoire ....2 points

Question 4
20 points

Détaillez vos mesures thérapeutiques à court, moyen et long terme.

- à court terme : prescription limitée dans la durée (15 jours dans un premier temps) d'un anxiolytique soit de type benzodiazépinique (XANAX® 0,25 mg x 3/j) soit ATARAX® 25 mg, 2 à 3 cps/j. Consultations rapprochées avec attitude compréhensive, empathique et dédramatisante du médecin. Rassurer l'entourage familial en présence de la patiente et expliquer que les symptômes devraient s'amender dans les jours qui viennent ....10 points
- à moyen terme : confier la patiente à un psychiatre si les symptômes ne s'amendent pas ou s'aggravent au bout de quelques semaines, psychiatre qui discutera de l'opportunité d'une éventuelle hospitalisation en milieu psychiatrique..5 points
- à long terme : prise en charge psychothérapeutique (psychothérapie de soutien ou d'inspiration analytique)....5 points

Question 5
14 points

Peut-on parler de simulation ? Pourquoi ?

- non. La simulation répond à un processus conscient et intentionnel. L'accident de conversion répond à un processus inconscient et subi par la patiente et qui génère une souffrance psychique cliniquement significative ....14 points

Question 6
15 points

Quelle(s) complication(s) redoutez-vous ?

- chronicité ....3 points
- rechutes ....3 points
- apparition d'un épisode dépressif majeur avec possibles idées suicidaires...3 points
- dépendance aux tranquillisants, à l'alcool ....3 points
- retentissement familial et social péjoratif............................3 points

COMMENTAIRES

Il peut être néfaste, sur le plan psychique, de proposer trop d'investigations paracliniques aux patients souffrant d'accident de conversion hystérique. Au contraire, il peut être dangereux de ne pas en prescrire du tout pour peu que cet accident de conversion cache une authentique problématique somatique. C'est pourquoi il convient d'appliquer chez ces patients la même démarche médicale que chez n'importe quel autre patient : prescrire des examens si on a un doute, ne pas en prescrire si l'on dispose de suffisamment d'éléments positifs ou négatifs (tant psychiatriques que somatiques) pour éliminer une quelconque organicité, tout ceci en dépit d'un patient et de son entourage le plus souvent demandeurs, anxieux et ambivalents. Dans ce dossier, le diagnostic de conversion reste l'hypothèse diagnostique le plus probable. L'examen clinique étant normal, des consultations rapprochées permettront d'en apprécier l'évolution (le plus souvent favorable), de répéter au besoin l'examen clinique tout en limitant les investigations inutiles. L'hospitalisation reste un recours exceptionnel car potentiellement iatrogène. L'intensité du retentissement fonctionnel ou la nécessité d'isoler le patient de son environnement familial peut la faire discuter. Enfin, au-delà de son contact parfois difficile, le patient ne simule pas et mérite que l'on prenne sa souffrance en considération.

Dossier 8

Paul, âgé de 14 ans, est accompagné par les pompiers aux urgences. Quelques minutes avant de partir à leur travail, les parents de Paul, inquiets de ne pas l'entendre se préparer pour aller à l'école, sont allés dans sa chambre se demandant ce qui n'allait pas. Paul effectivement est difficilement réveillable. Il a vomi sur son lit. Sur la table de chevet, la mère de Paul aperçoit sa boîte de Lexomil que Paul semble avoir vidé. Ils appellent les pompiers. Paul, somnolent, est conduit par les pompiers aux urgences. Après qu'une urgence somatique a été éliminée, vous, pédopsychiatre de garde, vous êtes appelé pour rencontrer Paul. Avant de le voir, vous rencontrez ses parents dans le couloir qui vous apprennent que Paul a déjà fait un geste similaire la semaine dernière et qu'il aurait dû débuter un traitement antidépresseur qu'il a refusé de prendre.

Question 1 Quels sont les éléments à explorer systématiquement pour évaluer le risque suicidaire ?

Question 2 Quelles sont les caractéristiques des idées suicidaires suggérant un risque suicidaire élevé ?

Question 3 Quels sont les 2 facteurs de vulnérabilité épidémiologiques de Paul ?

Question 4 Quels sont les facteurs de vulnérabilité psychiatriques à rechercher qui majoreraient le risque suicidaire ?

Question 5 Quels sont finalement les éléments qui vous décideront à hospitaliser Paul ?

Question 6 Dans quelles situations allez-vous décider de donner un traitement anxiolytique à Paul aux urgences ?

Question 7 Dans quelles situations allez-vous décider d'initier un traitement antidépresseur en urgence ?

Question 8 Existe-t-il un traitement qui lors d'une prescription au long cours diminue le risque suicidaire ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
18 points

Quels sont les éléments à explorer systématiquement pour évaluer le risque suicidaire ?

- **le niveau de souffrance du patient .... 3 points**
- **le degré d'intentionnalité .... 3 points**
- **les éléments d'impulsivité .... 3 points**
- **l'existence d'un facteur précipitant.................................... 3 points**
- **présence de moyens létaux à disposition .... 3 points**
- **qualité du soutien de l'entourage proche........................... 3 points**

Question 2
12 points

Quelles sont les caractéristiques des idées suicidaires suggérant un risque suicidaire élevé ?

- **degré d'élaboration du projet suicidaire (moyens envisagés, plans suicidaires précis) .... 3 points**
- **adhésion au projet suicidaire (intentionnalité suicidaire, caractère obsédant de l'idéation, réaction du patient à ses idées) .... 3 points**
- **antécédent personnel ou familial de tentative de suicide ou de suicide .... 3 points**
- **méthode létale accessible.. 3 points**

Question 3
6 points

Quels sont les 2 facteurs de vulnérabilité épidémiologiques de Paul ?

- **adolescent .... 3 points**
- **sexe masculin... 3 points**

Question 4
25 points

Quels sont les facteurs de vulnérabilité psychiatriques à rechercher qui majoreraient le risque suicidaire ?

- **antécédent personnel ou familial de tentative de suicide ..... 5 points**
- **antécédent personnel d'hospitalisation en psychiatrie .... 5 points**
- **épisode dépressif sévère .... 5 points**
- **schizophrénie .... 5 points**
- **trouble grave de la personnalité ; impulsivité..................... 5 points**

Question 5
9 points

Quels sont finalement les éléments qui vous décideront à hospitaliser Paul ?

- **risque suicidaire imminent ....3 points**
- **situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie ....3 points**
- **perplexité anxieuse sans distanciation vis-à-vis de la souffrance psychique...3 points**

Question 6
10 points

Dans quelles situations allez-vous décider de donner un traitement anxiolytique à Paul aux urgences ?

- **risque de passage à l'acte suicidaire ....5 points**
- **crise d'angoisse intense..5 points**

Question 7
5 points

Dans quelles situations allez-vous décider d'initier un traitement antidépresseur en urgence ?

- **Pas d'indication en urgence ....5 points**

Question 8
15 points

Existe-t-il un traitement qui lors d'une prescription au long cours diminue le risque suicidaire ?

- **le lithium dans la maladie bipolaire ....5 points**
- **ramène le risque suicidaire à un taux proche de celui de la population générale ....5 points**
- **hors Autorisation de mise sur le marché (rarement prescrit chez l'adolescent) ....5 points**

COMMENTAIRES

Dorénavant, la question du suicide est une question centrale de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ce d'autant que cette question peut constituer très aisément un dossier à la charnière entre la réanimation (intoxication aux benzodia-zépines) et la psychiatrie. Ne faites donc pas l'impasse sur cette question. Tout au moins sachez en l'essentiel. N'oubliez pas de connaître les effets toxiques des antidépresseurs tricycliques en particulier cardiaques (effet quinidine like - allongement du QT).

Dossier 

Madame Jocelyne M., 56 ans, vient à votre consultation pour apparition progressive d'une insomnie. Elle ne trouve le sommeil que péniblement entre 1 heure et 5 heures du matin. Elle vous apprend qu'elle souffre de trouble bipolaire de l'humeur et qu'elle est traitée depuis 15 ans par des sels de lithium. Elle prend actuellement 2 cps et demi de TÉRALITHE® LP400 en une seule prise le soir et vous apporte le dernier contrôle de la lithiémie, pratiqué il y a 1 mois, indiquant une concentration sérique de 0,8 mEq/l. Elle se dit triste et fatiguée comme elle a pu l'être il y a 3 ans, lors de son dernier épisode dépressif consécutif à une mauvaise observance du lithium. Elle ne présente par ailleurs pas d'idées suicidaires.

Question 1 Que redoutez-vous ? Quel complément d'information clinique devez-vous recueillir pour asseoir votre hypothèse ?

Question 2 Quelles investigations biologiques lui prescrivez-vous ?

Question 3 Quelle est votre conduite thérapeutique ?

Question 4 Une semaine plus tard, tous les examens de laboratoires que vous avez demandés sont normaux, exceptés :

T4 totale = 8 µg/l (ou 10,32 nmol/l)

TSH ultra-sensible = 12 µU/ml

Quel complément d'investigation paraclinique proposez-vous ?

Question 5 Sachant que vous ne décelez aucune anomalie à ces examens, quel est votre diagnostic ?

Question 6 Quelle est alors votre démarche thérapeutique ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Que redoutez-vous ? Quel complément d'information clinique devez-vous recueillir pour asseoir votre hypothèse ?

- Récurrence dépressive. Il faut rechercher : .... 10 points
  - o tristesse de l'humeur, anhédonie, éventuellement idées suicidaires..2 points
  - o ralentissement psychomoteur, altérations cognitives (troubles mnésiques, baisse de la concentration) ....2 points
  - o symptômes somatiques tels que perte de poids anorexie, asthénie, insomnie, baisse de la libido ....2 points
  - o éventuellement, caractéristiques psychotiques (délire de persécution, idées de ruine, hallucinations acoustico-verbales) ....2 points
  - o enfin, il faut interroger la patiente sur la qualité de l'observance de la lithothérapie................................2 points

Question 2
20 points

Quelles investigations biologiques lui prescrivez-vous ?

- lithiémie ....9 points
- NFS, plaquettes, VS..2 points
- ionogramme sanguin ....2 points
- créatinémie ....2 points
- protéinurie des 24h ....2 points
- T4, TSH ultra-sensible...3 points

Question 3
20 points

Quelle est votre conduite thérapeutique ?

- Deux options thérapeutiques :

1) Traitement antidépresseur ; éviter les tricycliques dans un premier temps ; privilégier les antidépresseurs de la famille des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS), type DÉROXAT® ou Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNA), type EFFEXOR®, PO à posologie d'emblée efficace.......11 points
   - o traitement d'attaque (3 à 4 semaines) avec évaluation hebdomadaire de la thymie et de la tolérance (risque de virage de l'humeur).......................................4 points
   - o augmentation de la posologie si réponse thérapeutique partielle au bout de 6 semaines ou changement de thérapeutique à n'importe quel moment si aggravation psychique et/ou somatique (autre antidépresseur ou sismothérapie) ....4 points
   - o si retour à la normothymie, poursuivre le traitement à la même posologie pendant 6 mois..............................1 point

2) ou mieux, augmentation de la lithothérapie en monothérapie, jusqu'à obtenir une lithiémie proche de 1,2mEq/l, avec éventuelle adjonction d'un autre thymorégulateur si pas d'amélioration clinique au bout de deux semaines..20 points

Question 4
12 points

Une semaine plus tard, tous les examens de laboratoires que vous avez demandés sont normaux, exceptés :

T4 totale = 8 µg/l (ou 10,32 nmol/l)

TSH ultra-sensible = 12 µU/ml

Quel complément d'investigation paraclinique proposez-vous ?

- recherche d'anticorps antithyroïdiens...............................10 points
- éventuellement, bilan lipidique (triglycérides) et ECG........2 points

Question 5
15 points

Sachant que vous ne décelez aucune anomalie à ces examens, quel est votre diagnostic ?

- hypothyroïdie iatrogène au lithium..................................15 points

Question 6
13 points

Quelle est alors votre démarche thérapeutique ?

- opothérapie substitutive par lévothyroxine
  Lévothyrox® : 1 cp à 25 µg per os au départ, puis paliers de 25 µg par semaine, jusqu'à la dose finale d'équilibre (75 à 150 µg/j) jugée sur un taux de TSH normal..........10 points
- pas de modification de la conduite thérapeutique détaillée à la question 3...3 points

COMMENTAIRES

La récurrence dépressive (comme maniaque) est toujours possible chez un patient bipolaire correctement traité et observant parfaitement son traitement thymorégulateur. L'observance, quand cela est possible, doit naturellement être vérifiée (interrogatoire du patient et éventuellement de son entourage, lithiémie, carbamazépamémie). Même si elle est pauci-symptomatique (trouble isolé du sommeil, par exemple), la dépression chez un sujet bipolaire doit être suspectée et traitée sans attendre. Même si le protocole thérapeutique classique reste encore très appliqué (traitement antidépresseur pendant 6 mois conjointement ou traitement thymorégulateur), la dépression chez un sujet bipolaire doit être traitée par une augmentation de la posologie du thymorégulateur en cours qui, le plus souvent, permet de rétablir la normothymie sans faire craindre un virage de l'humeur ou, à terme, une accélération du cycle maniaco-dépressif (comme c'est le cas sous antidépresseur).

La recherche d'anticorps antithyroïdiens permet d'éliminer une thyroïdite d'Hashimoto concomitante (et indépendante de la lithothérapie). Selon les cas, il peut être utile de pratiquer un ECG et un bilan lipidique (triglycérides) pour apprécier le retentissement de l'hypothyroïdie.

Il n'y a le plus souvent pas lieu de modifier le traitement psychotrope choisi (la lithothérapie restant possible si l'observance de l'opothérapie substitutive est bonne). Dans ce dossier, tout laisse penser que la récurrence dépressive était plus le fait de l'hypothyroïdie que d'un échappement à la lithothérapie (hypothyroïdie d'aspect pseudo-dépressif ? hypothyroïdie compliquée de dépression ?).

Dossier 

Monsieur M., âgé de 28 ans, est conduit aux urgences par son épouse qui ne comprend plus son comportement. Elle vous raconte : « depuis un mois, suite à une promotion professionnelle, il est devenu très joyeux. Il dit que tout lui réussit dans la vie. Il travaille toute la nuit sur ses projets professionnels et a quasiment cessé de dormir. Il n'est cependant pas fatigué. Bien au contraire, il se sent en bonne santé et plus solide que jamais. Les choses ont commencé à m'inquiéter lorsqu'il a acheté une voiture de sport. Il a prétexté, qu'avec son nouveau salaire, il allait pouvoir désormais tout s'offrir. Puis il a commencé à sortir la nuit, allant s'enivrer dans des bars avec des inconnus qu'il appelle ses nouveaux amis. Hier, c'était encore pire, il voulait racheter l'entreprise de son patron pour devenir encore plus riche et distribuer son argent à tous les miséreux qu'il voit dans la rue. Il dit que c'est sa mission sur terre ». En entendant tout cela, Monsieur M. s'emporte et hurle après son épouse, en disant qu'il va très bien et que c'est elle qui est folle. Il sort du bureau de consultation tout en faisant des gestes obscènes à son épouse.

Question 1 Quel diagnostic retenez-vous ?

Question 2 Sur quels arguments cliniques ?

Question 3 Quels diagnostics différentiels psychiatriques pourriez-vous discuter ?

Question 4 Quelle mesure d'hospitalisation prenez-vous ? Comment procédez-vous ?

Question 5 Quelle autre mesure médico-légale s'impose ? Pourquoi ?

Question 6 Quelle prise en charge thérapeutique mettez-vous en place ?

Question 7 Il y a 3 ans Monsieur M. a présenté un épisode similaire mais moins intense et résolutif sans traitement. Comment nomme-t-on ce type d'épisode ?

Question 8 Quelle est la prise en charge sur le long terme ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quel diagnostic retenez-vous ?

- épisode maniaque .... 10 points

Question 2
13 points

Sur quels arguments cliniques ?

- syndrome mental .... 2 points
  - o euphorie .... 1 point
  - o hyperactivité .... 1 point
  - o excitation psychomotrice .... 1 point
  - o désinhibition .... 1 point
  - o sentiment de toute-puissance .... 1 point
  - o idées mégalomaniaques .... 1 point
  - o dépenses inconsidérées .... 1 point
- syndrome physique .... 2 points
  - o insomnie .... 1 point
  - o sans fatigue .... 1 point

Question 3
10 points

Quels diagnostics différentiels psychiatriques pourriez-vous discuter ?

- bouffée délirante aiguë .... 2 points
- schizophrénie .... 2 points
- confusion mentale .... 2 points
- ivresse pathologique, intoxication aiguë .... 2 points
- hystérie .... 2 points

Question 4
16 points

Quelle mesure d'hospitalisation prenez-vous ? Comment procédez-vous ?

- hospitalisation sur demande d'un tiers .... 4 points
- demande du tiers (épouse) .... 3 points
- et photocopie d'une pièce d'identité .... 2 points
- deux certificats médicaux circonstanciés .... 4 points
- documents adressés au directeur
  du service psychiatrique d'accueil .... 3 points

Question 5 Quelle autre mesure médico-légale s'impose ? Pourquoi ?
6 points

- sauvegarde de justice..3 points
- car dépenses inconsidérées..3 points

Question 6 Quelle prise en charge thérapeutique mettez-vous en place ?
23 points

- hospitalisation en milieu spécialisé en HDT ....2 points
- urgence diagnostique et thérapeutique..............................2 points
- rechercher une étiologie organique
  (examen clinique complet, EEG, TDM
  cérébrale avec et sans injection) ....2 points
- sauvegarde de justice...2 points
- correction des troubles hydroélectrolytiques,
  réhydratation ....1 point
- traitement neuroleptique sédatif per os sinon IM ....2 points
  - o cyamémazine (TERCIAN®) ....1 point
  - o en l'absence de contre-indications ....1 point
- prévention des rechutes..2 points
  - o rechercher une contre-indication......................................1 point
  - o traitement thymorégulateur...2 points
  - o en première intention par carbonate de lithium ....2 points
- psychothérapie à distance de l'épisode aigu ....1 point
- surveillance de l'efficacité et de la tolérance
  au traitement ....2 points

Question 7
4 points

Il y a 3 ans Monsieur M. a présenté un épisode similaire mais moins intense et résolutif sans traitement. Comment nomme-t-on ce type d'épisode ?

- épisode hypomaniaque ....4 points

Question 8 Quelle est la prise en charge sur le long terme ?

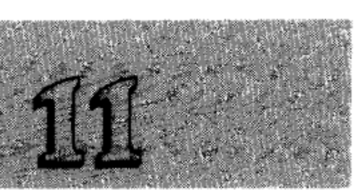
18 points

- traitement préventif ... 2 points
  du trouble bipolaire de type I ... 2 points
  - carbonate de lithium : TÉRALITHE® 250 mg/j ... 2 points
  - après un bilan pré-thérapeutique ... 2 points
  - en l'absence de contre-indications ... 2 points
  - posologie adaptée en fonction de la lithiémie plasmatique ... 2 points
  - ou carbamazépine : TÉGRÉTOL® ... 1 point
    ou Valpromide DÉPAMIDE® ... 1 point
- surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement thymorégulateur ... 2 points
- suivi spécialisé en psychiatrie ... NC
- psychothérapie ... 1 point
- éducation du patient ... 1 point

COMMENTAIRES

Les phases pathologiques d'excitation psychomotrice peuvent revêtir différentes formes : épisode hypomaniaque, épisode maniaque délirant ou non, épisode mixte. L'épisode hypomaniaque est une forme atténuée de manie. Même si manie et hypomanie partagent les mêmes symptômes, l'hypomanie ne requiert pas nécessairement d'hospitalisation. Elle passe souvent inaperçue dans l'histoire clinique des patients. Cependant, sa présence permet de poser (lors d'antécédents d'épisodes dépressifs) le diagnostic de trouble bipolaire de type II. Sa prise en charge fait appel aux traitements thymorégulateurs. Lorsque la symptomatologie est franche, on parle alors d'épisode maniaque dont la présence permet de poser le diagnostic de trouble bipolaire de type I. L'épisode maniaque peut s'accompagner d'idées délirantes dont les thèmes sont congruents à l'humeur (mégalomanie, persécution, filiation extraordinaire, messianique...). Sa prise en charge nécessite une hospitalisation, le plus souvent en HDT. La prise en charge médicamenteuse à la phase aiguë peut avoir recours soit aux neuroleptiques sédatifs voire antiproductifs (prise en charge la plus classique), soit à la Depakote (traitement ayant l'AMM (Autorisation de mise sur le marché) dans la phase aiguë de l'épisode maniaque). Le traitement par neuroleptique atypique (olanzapine ZYPREXA®) est également admis. Dans la prise en charge, il convient de ne jamais oublier le traitement thymorégulateur dont le but est la prévention des rechutes du trouble bipolaire. La rédaction d'un tel dossier impose donc de mentionner le bilan préthérapeutique et la recherche de contre-indications au traitement thymorégulateur. Comme dans tout dossier de psychiatrie, il convient également de mentionner que l'on a pensé à éliminer une étiologie organique ou toxique.

Dossier 11



Depuis 1 mois, Thomas, âgé de 3 ans, en début de nuit se met à pleurer et à crier, est en sueur, respire rapidement, pendant quelques minutes, et malgré les efforts de sa mère ne se calme pas. Le matin il ne se souvient de rien. Pourtant, dit sa mère, il n'y a pas eu d'événement particulier ces derniers mois. Jusqu'alors, il dormait sans problème. L'examen somatique de Thomas est normal, et son niveau d'acquisition normale pour son âge.

Question 1 De quel trouble souffre Thomas ? Argumentez.

Question 2 À quelle période du cycle du sommeil ce trouble survient le plus souvent ?

Question 3 Quels sont la prévalence, le sexe ratio et l'âge de survenue d'un tel trouble ?

Question 4 Quels examens paracliniques réalisez-vous chez Thomas ?

Question 5 Quels sont les 5 différents stades de sommeil observables par enregistrements polysomnographiques ? Quelles sont les caractéristiques de chacun des stades ?

Question 6 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter avec Thomas ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
30 points

De quel trouble souffre Thomas ? Argumentez.

- terreurs nocturnes....................6 points
- réveils soudains (souvent incomplets) débutant habituellement par un cri de terreur ou des pleurs, enfant assis dans le lit hurlant....................4 points
- associés à une peur intense et une activation neurovégétative : enfant tachypnéique, polypnéique, en sueur, érythrosique....................4 points
- durent 1 à 10 minutes....................4 points
- pendant l'épisode, le patient ne réagit pas aux efforts faits par l'entourage pour le réconforter....................4 points
- s'accompagne d'une amnésie de l'épisode (aucune remémoration d'un rêve)....................8 points

Question 2
10 points

À quelle période du cycle du sommeil ce trouble survient le plus souvent ?

- survient durant le sommeil lent profond (stade 3 ou 4) et est donc le plus fréquente en début de nuit....................10 points

Question 3
15 points

Quels sont la prévalence, le sexe ratio et l'âge de survenue d'un tel trouble ?

- 1 à 6 % des enfants de moins de 15 ans ; 1 % des adultes....................5 points
- débute en général entre 4 et 12 ans chez l'enfant et entre 20 et 30 ans chez l'adulte....................5 points
- chez l'enfant, plus fréquent chez les filles, équivalence du sexe ratio chez l'adulte....................5 points

Question 4
5 points

Quels examens paracliniques réalisez-vous chez Thomas ?

- aucun....................5 points

Question 5
20 points

Quels sont les 5 différents stades de sommeil observables par enregistrements polysomnographiques ? Quelles sont les caractéristiques de chacun des stades ?

- stade 1 : 5 % de la durée totale du sommeil chez l'adulte en bonne santé ; transition de l'état de veille au sommeil ; activité EEG : 2 à 7 cycles secondes, bas voltage..5 points
- stade 2 : 50 % du temps de sommeil chez l'adulte en bonne santé ; sommeil léger ; activité EEG : id. stade 1 avec en plus 2 types d'ondes spécifiques (ondes en fuseau de 12 à 14 cycles secondes et complexes K)..........5 points
- stades 3 et 4 : 10 à 20 % du temps de sommeil chez l'adulte en bonne santé ; sommeil lent profond ; activité EEG : ondes lentes delta de 2 cycles secondes.......5 points
- sommeil paradoxal : 20 à 25 % du temps de sommeil chez l'adulte en bonne santé ; triade associant atonie musculaire, bouffées de mouvements oculaires rapides, activités EEG identique au stade 1 avec en plus ondes thêta pointues......................................5 points

Question 6
20 points

Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter avec Thomas ?

- réassurance de la famille ; du fait de l'amnésie le patient n'exprime pas de plainte....................................5 points
- préciser le caractère spontanément résolutif en général avant 7 ans..5 points
- interdire aux parents l'administration d'hypnotique...........5 points
- en cas de terreurs très invalidantes, antidépresseur sérotoninergique à faible dose...5 points

COMMENTAIRES

Les terreurs nocturnes sont une pathologie du sommeil commune de l'enfant, et sont de ce fait fréquemment rencontrées en pratique clinique. Il convient donc d'avoir une idée assez précise de la sémiologie pour pouvoir être certain qu'il s'agisse de ce trouble. Si vous connaissez la sémiologie, alors vous savez qu'il n'y a pas d'examen complémentaire à réaliser et que la réassurance des parents est la première des attitudes thérapeutiques. Il ne faut pas les confondre avec les cauchemars de l'enfant, qui entraînent un réveil nocturne, et l'enfant peut la plupart du temps vous expliquer le contenu de son cauchemar.

Dossier 12

M. Sébastien R., 34 ans, vient à votre consultation pour un problème de consommation excessive d'alcool. Ce responsable marketing dans une entreprise de téléphonie est marié depuis 5 ans et est père d'un petit garçon de 3 ans. C'est la première fois qu'il consulte pour ce problème. Il vous explique que sa consommation d'alcool, qui n'a jamais été quotidienne, n'a cessé de croître depuis une dizaine d'années. Il peut consommer de fortes doses de whisky ou de pastis, toujours quand il est seul, parfois dès le matin. En revanche, il cesse toute consommation dès qu'il rentre chez lui le soir, et ne boit jamais le week-end. On le décrit au travail comme un cadre hors pair et performant, même si ses excès d'alcool ont engendré depuis quelques mois un absentéisme jusque-là inhabituel, qui a quelque peu inquiété son assistant. Son épouse, pourtant tenue à l'écart de cette problématique, s'inquiétait de voir son mari tendu, irritable et insomniaque ; c'est la découverte de bouteilles vides qui l'a alertée et c'est elle qui l'a incité à venir vous consulter. M. Sébastien R. vous rapporte que, perfectionniste, il a toujours été en proie à un malaise profond dans ses rapports en société et notamment au travail. Il ne compte d'ailleurs que bien peu d'amis. La peur d'être confronté au jugement de ses collègues de travail l'a même contraint à refuser une promotion pourtant bien méritée. Il vous explique qu'il a compris depuis longtemps que l'alcool pouvait apaiser ce malaise. Il a récemment volontairement tenté d'arrêter sa consommation d'alcool ; il a alors été en proie à des crises d'angoisse qui l'ont contraint à annuler bon nombre de ses réunions professionnelles.

Question 1 Quel est votre diagnostic ?

Question 2 Sur quels arguments ?

Question 3 Quel complément d'information faut-il recueillir ?

Question 4 Ce patient vous interroge sur l'évolution spontanée de ce trouble et sur les risques encourus à ne pas se traiter. Que lui répondez-vous ?

Question 5 Quelles sont les bases du traitement psychothérapeutique ?

Question 6 Quelles sont les bases du traitement chimiothérapeutique ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel est votre diagnostic ?

- phobie sociale .... 10 points
- compliquée d'abus d'alcool .... 10 points

Question 2
18 points

Sur quels arguments ?

- peur persistante des situations sociales, notamment celles où il peut être jugé ou évalué .... 4 points
- crainte du jugement négatif d'autrui .... 2 points
- évolution du trouble depuis de nombreuses années .... 2 points
- attaques de panique probablement situationnelles .... 2 points
- évitement des situations phobogènes .... 2 points
- anxiété anticipatoire .... 2 points
- abus d'alcool secondaire .... 4 points

Question 3
20 points

Quel complément d'information faut-il recueillir ?

- recueil sémiologique des manifestations anxieuses tant physiques (tension, hypervigilance, tremblements, sécheresse de la bouche, rougissements, palpitations...) que psychiques ; s'assurer qu'elles sont situationnelles...... 5 points
- rechercher d'autres situations sociales phobogènes (manger en public, sortir au cinéma, exprimer un désaccord...) .... 5 points
- apprécier le retentissement : niveau de souffrance psychique et de handicap socioprofessionnel .... 5 points
- rechercher un syndrome dépressif, d'autres conduites addictives (cannabis) ; rechercher une psychopathologie comorbide (autre trouble anxieux++), des idées suicidaires. .... 5 points

Question 4
15 points

Ce patient vous interroge sur l'évolution spontanée de ce trouble et sur les risques encourus à ne pas se traiter. Que lui répondez-vous ?

- évolution spontanée sur un mode continu : même si ce trouble peut parfois s'atténuer avec l'âge, il persiste le plus souvent toute la vie ....5 points
- risque important de dépression (avec possible idéation suicidaire), d'apparition d'un autre trouble anxieux (trouble panique), de dépendance accrue à l'alcool ou à d'autres substances (cannabis, psychotropes) avec les risques que cela comporte sur le plan psychique et somatique ....5 points
- risque de retentissement péjoratif sur le plan familial, social et professionnel ....5 points
- parler de handicap ....NC

Question 5
13 points

Quelles sont les bases du traitement psychothérapeutique ?

- thérapie comportementale et cognitive (TCC) ....4 points
  - renforcement de l'assertivité (groupes « d'affirmation de soi ») ....2 points
  - exposition graduée aux situations phobogènes ....2 points
  - restructuration cognitive (permet de lutter contre les schémas anxieux et les pensées automatiques) ....2 points
- la psychanalyse peut, dans certains cas, fournir un bénéfice thérapeutique dans le cadre de prises en charge au long cours ....3 points

Question 6
14 points

Quelles sont les bases du traitement chimiothérapeutique ?

- les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) donnent parfois de bons résultats, d'autant qu'ils sont prescrits parallèlement à la TCC ; exemple : DÉROXAT® 1 à 2 cps/jour ....10 points
- s'assurer au préalable auprès du patient du sevrage total en alcool ; différer au besoin la prescription du psychotrope..2 points
- en fonction du degré de dépendance à l'alcool, vitaminothérapie et traitement anxiolytique (type ATARAX®) afin de prévenir les accidents de sevrage...........................1 point
- proscrire les benzodiazépines (trop addictogènes)............1 point

COMMENTAIRES

Il est très fréquent que les patients souffrant de phobie sociale ne consultent un médecin qu'après de nombreuses années d'évolution du trouble, et le plus souvent en raison d'une complication de ce dernier (dépression, alcoolisme, dépendance aux psychotropes). Même si le trouble est le plus souvent très ancien (il débute généralement dans l'enfance ou à l'adolescence), c'est souvent la survenue d'une situation phobogène qui le rend symptomatique (promotion professionnelle par exemple). Du fait de complications fréquentes (60 % des cas environ) et des risques liés à l'évitement (démissions, refus de se présenter à des entretiens d'embauche, abandon d'études, isolement social et/ou affectif), il faut savoir apprécier efficacement le niveau de handicap. Le risque suicidaire demeure important même en l'absence de syndrome dépressif. Le premier contact avec le thérapeute s'avère décisif ; il permet à la fois d'informer le patient sur son trouble et de nouer une relation thérapeutique de qualité, seule garantie d'une bonne adhésion aux soins.

Dossier 

Monsieur N., 30 ans, vient en consultation pour une cure de sevrage.

Ce célibataire, sans emploi et vivant chez ses parents, vient de perdre un ancien collègue de travail décédé d'un carcinome hépatique, alcoolique lui aussi.

Ses alcoolisations remontent à une rupture sentimentale il y a 6 ans : « la belle-famille était trop envahissante et mon amie trop rigide, je ne pouvais plus rien faire, plus sortir avec mes amis, plus aller à la pêche... », « je me suis mis à prendre du vin rouge avec des collègues ».

Ses ivresses répétées l'ont conduit à perdre son emploi, à se brouiller avec son père. Il apparaît très immature et dit vouloir arrêter à tout prix, car physiquement, il se sent très affaibli. Cliniquement, il est trémulent, son faciès est vultueux, l'équilibre instable et Monsieur N. apparaît très irritable et anxieux.

Question 1 Faut-il hospitaliser ce patient ? Pourquoi ?

Question 2 Quels sont les principes du traitement médicamenteux initial ?

Question 3 Quels sont les éléments séméiologiques caractéristiques de cet alcoolisme ?

Question 4 Quel type de prise en charge lui proposeriez-vous après sevrage ?

Question 5 Quels sont les éléments permettant d'évaluer le pronostic ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
25 points

Faut-il hospitaliser ce patient ? Pourquoi ?

- oui ....5 points
- état somatique actuel à évaluer : affaibli, faciès vultueux ....4 points
- nécessité d'un bilan des complications liées à l'alcoolo-dépendance ....3 points
- manifestation de sevrage présentes tremblements, irritabilité, anxiété ....3 points
- alcoolo-dépendance ancienne avec dépendance physique ....2 points
- correction carences nutritionnelles......................................2 points
- retentissement socioprofessionnel et familial ....2 points
- mise à distance de l'entourage ....2 points
- évaluation psychologique et psychiatrique.........................2 points

Question 2
25 points

Quels sont les principes du traitement médicamenteux initial ?

- hydratation ....2 points
  - o abondante *per os*...2 points
  - o chez un malade conscient (sans hyper hydratation qui peut-être nocive) ....2 points
  - o parentérale si vomissements...1 point
  - o adapté à la clinique et au ionogramme ....2 points
- benzodiazépines ....2 points
  - o Diazépam (VALIUM®)..2 points
  - o 10 mg toutes les 6 h ....1 point
  - o diminution à 1 cp/j ....1 point
  - o arrêt à J7 en l'absence de dépendance préalable aux benzodiazépines..1 point
- si IHC (Insuffisancse hépato-cellulaire), préférer oxazépam (SERESTA®) ....2 points
  - o car métabolisme non modifié ....1 point
- vitaminothérapie, surtout B1 (500 mg/j)............................3 points
  et B6 et PP (cofacteur), *per os*..2 points
- magnésium si correction d'une hypokaliémie nécessaire......1 point

Question 3
20 points

Quels sont les éléments séméiologiques caractéristiques de cet alcoolisme ?

- alcoolo-dépendance avec dépendance physique car ....2 points
  - o symptômes de sevrage : tremblements, irritabilité, anxiété ....2 points
  - o phénomène de tolérance ....2 points
  - o retentissement familial et professionnel ....2 points
  - o poursuite de l'intoxication malgré les conséquences négatives ....2 points
  - o retentissement somatique ....2 points
  - o alcoolisme de type 2 selon Cloninger car
    sexe masculin ....2 points
    début avant 25 ans ....2 points
    évolution rapide vers des conséquences somatiques et sociales ....2 points
    traits de personnalité antisociale : immaturité, intolérance aux frustrations, irritabilité ....2 points

Question 4
15 points

Quel type de prise en charge lui proposeriez-vous après sevrage ?

- prise en charge globale, psycho-médico-sociale ....2 points
  en collaboration avec les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) ....2 points
- consultation auprès d'un médecin généraliste régulièrement pour surveillance des rechutes et des complications ....2 points
- psychothérapie de soutien ....1 point
- prise en charge sociale et professionnelle
  bilan des mesures nécessaires : réorientation professionnelle, aide au logement, RMI ; collaboration avec le médecin du travail si accord du patient ....2 points
- discuter un séjour de post-cure ....1 point
- associations d'anciens buveurs ....1 point
- traitement médicamenteux : réévaluer la prescription des psychotropes ....1 point
- arrêt des anxiolytiques et hypnotiques, mise en place d'antidépresseurs si dépression ....1 point
- vitaminothérapie à poursuivre 1 mois (vitamine B1) ....1 point
  traitement d'aide au maintien de l'abstinence type acamprosate (AOTAL®) ou naltrexone (REVIA®) ....1 point

Question 5
15 points

Quels sont les éléments permettant d'évaluer le pronostic ?

- bon pronostic
  - o désir de sevrage ....2 points
  - o demande de soins ....1 point
  - o bonne insertion socioprofessionnelle et familiale avant l'intoxication ....2 points
- mauvais pronostic
  - o retentissement socioprofessionnel et familial important..2 points
  - o personnalité pathologique de type antisocial.................2 points
  - o demande surtout motivée par des causes externes ....2 points
    et dans l'urgence ....2 points
  - o dépendance physique ancienne ....2 points

COMMENTAIRES

Ce dossier aborde une situation très souvent rencontrée en pratique clinique, à laquelle il n'est pas si simple de répondre.

Ici il est difficile de ne pas hospitaliser le patient (Q1) au vu de l'état clinique décrit. L'hospitalisation est davantage justifiée par l'état somatique que par la demande du patient d'un sevrage.

D'une manière idéale il conviendrait de retenir que hors complications somatiques ou psychiatriques, un sevrage se prépare en consultations répétées, voire peut se réaliser en ambulatoire.

La question 4 aborde d'ailleurs l'ensemble des mesures à envisager au décours qui « au mieux » seraient abordées avant la décision d'hospitalisation afin d'assurer le maximum d'efficacité au décours. Ne jamais oublier dans les questions sur les addictions la prise en charge globale du patient dite « bio-psycho-sociale ».

On rappelle que les benzodiazépines sont le traitement de choix du sevrage avec une hydratation *per os* de préférence.

Dossier 14

Un jeune adolescent de 15 ans est amené aux urgences par la police et ses parents. Jérémy a été arrêté ce matin par la police car il était quasiment nu dans l'entrée de son immeuble en se masturbant. Ses parents racontent pour leur part, un changement radical de comportement de leur enfant depuis une semaine. Jérémy dort plus que d'habitude (17 à 18 heures par jour), et est difficilement réveillable. Mais lorsqu'ils y arrivent, Jérémy se montre irritable, parle peu, alterne pleurs et éclats de rire. Parfois il paraît confus, crache, mâchonne du papier. Également, il mange de manière excessive, vide le frigidaire de manière gloutonne. L'examen clinique (dont neurologique) pratiqué aux urgences s'avère strictement normal. Jérémy n'a aucun antécédent somatique ou psychiatrique. Cependant les parents vous rapportent un épisode similaire, moins intense, à début et à fin brutale, qui a duré 6 ou 7 jours, 15 jours auparavant.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 2 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de ce trouble ?

Question 3 Quels diagnostics différentiels devez-vous évoquer systématiquement devant ce tableau d'hypersomnie récurrente ?

Question 4 Quelle est l'évolution habituelle de ce trouble ?

Question 5 Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous lorsque vous avez confirmé ce diagnostic ?

Question 6 Un haplotype HLA est souvent associé à ce trouble comme marqueur d'une vulnérabilité génétique. Lequel ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- syndrome de Kleine-Levin ....20 points

Question 2
40 points

Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de ce trouble ?

- hypersomnie plus de 12 heures de sommeil par jour ....5 points
- hyperphagie ou mégaphagie compulsive prédominant sur les aliments sucrés ....5 points
- troubles des conduites sexuelles avec désinhibition ....5 points
- troubles du comportement et du caractère (irritabilité, agressivité, bizarreries) ....5 points
- troubles de l'humeur avec dysphorie ....5 points
- troubles de la mémoire et de la concentration ....5 points
- homme - 15/20 ans ....5 points
- évolution par phase ....5 points

Question 3
10 points

Quels diagnostics différentiels devez-vous évoquer systématiquement devant ce tableau d'hypersomnie récurrente ?

- tumeurs cérébrales : du 3e ventricule, pinéalome, tumeurs de la paroi postérieure de l'hypothalamus ....2 points
- traumatismes crâniens : en particulier séquelles frontales ...2 points
- pathologies infectieuses : encéphalites, trypanosomiases ...2 points
- accident vasculaire cérébral ....2 points
- maladie bipolaire, schizophrénie ou bouffée délirante aiguë ....2 points

Question 4
10 points

Quelle est l'évolution habituelle de ce trouble ?

- habituellement favorable ....4 points
- à court terme : résolution en quelques jours ....3 points
- à long terme : résolution en spontanée à la vie adulte avec une diminution progressive de la durée et de l'intensité des crises ....3 points

Question 5
10 points

Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous lorsque vous avez confirmé ce diagnostic ?

- réassurance du patient et de la famille................................4 points
- pendant les phases d'hypersomnie, l'utilisation de psychostimulant peut être recommandée comme la metamphetamine (RITALINE®) ....3 points
- pour éviter la récidive, l'utilisation de thymorégulateurs est recommandée bien que leur efficacité n'ait pas été démontrée..3 points

Question 6
10 points

Un haplotype HLA est souvent associé à ce trouble comme marqueur d'une vulnérabilité génétique. Lequel ?

- HLA-DR1..10 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique est difficile, car le syndrome de Kleine-Levin représente une curiosité dans les pathologies psychiatriques. Cependant, le dossier peut vous être proposé car il est entre la psychiatrie et la neurologie (car la spécificité de ces symptômes cliniques doit dans tous les cas vous orienter vers une encéphalite) et il est entre syndrome de Kleine-Levin et Bouffée délirante aiguë (un classique des dossiers en psychiatrie). Donc pas de panique si vous avez échoué à ce dossier. N'aubliez pas également de travailler la narcolepsie, un autre dossier peu classique qui peut être un sujet d'examen à l'internat.

Dossier 15

Sylvie L., 35 ans, vient consulter à votre cabinet pour la première fois. Employée à La Poste, elle vient d'être tout récemment mutée, à sa demande, dans votre région. Elle est célibataire sans enfant et vous explique que sa vie a été bouleversée il y a 10 ans, époque à laquelle elle a commencé à être gênée par des douleurs pelviennes qui lui ont fait craindre l'existence d'un cancer du col de l'utérus. Elle a alors été prise en charge par le CHU de sa région d'origine. Son problème, dit-elle, a d'ailleurs été très mal géré, tant par le CHU que par les différents médecins généralistes qu'elle a pu consulter. Elle est d'ailleurs toujours très inquiète à l'idée que son cancer soit toujours présent ; pour preuve, il lui fait mal et la « lance ». Par ailleurs, elle vous réclame une radiographie de thorax en urgence, car elle tousse depuis 2 mois ; même si elle reconnaît fumer un paquet de cigarettes par jour, elle vous rappelle que vous n'êtes pas sans savoir qu'elle n'est pas à l'abri d'une métastase pulmonaire. Elle vous rapporte enfin qu'on a malheureusement perdu tout son dossier médicochirurgical. C'est sans importance, vous dit-elle, car les nombreux examens qu'on a pu lui pratiquer n'ont rien montré « tant l'incompétence des médecins était grande ». Dans ses antécédents, on ne note qu'une salpingite à l'âge de 24 ans.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 2 Sur quels arguments ?

Question 3 Quelle(s) comorbidité(s) ou complication(s) psychiatrique(s) devez-vous rechercher ?

Question 4 Quelles sont les bases de la prise en charge thérapeutique ? Pensez-vous que la radiographie de thorax soit légitime ?

Question 5 Après quelques consultations rapprochées, vous diagnostiquez une personnalité pathologique comorbide de type narcissique. Quelles en sont les principales caractéristiques ?

Question 6 Elle vous demande quels sont les facteurs de risques du cancer du col de l'utérus. Que lui répondez-vous ? Quel conseil lui donnez-vous à ce sujet ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- hypocondrie .... 15 points

Question 2
20 points

Sur quels arguments ?

- préoccupation persistante sur la crainte ou l'idée d'être atteinte d'un cancer du col de l'utérus....... 4 points
- basée sur une interprétation erronée de symptômes (algies pelviennes, toux)... 4 points
- préoccupation persistante malgré un bilan médical négatif... 4 points
- évolution depuis plus de 6 mois .... 4 points
- retentissement social et professionnel................................ 4 points

Question 3
14 points

Quelle(s) comorbidité(s) ou complication(s) psychiatrique(s) devez-vous rechercher ?

- trouble de l'humeur notamment épisode dépressif majeur .... 4 points
- idées suicidaires .... 4 points
- trouble anxieux comorbide (trouble anxiété généralisée trouble panique, trouble obsessionnel compulsif)............... 3 points
- trouble de la personnalité (le plus souvent de type narcissique, histrionique ou borderline) .... 3 points

Question 4
20 points

Quelles sont les bases de la prise en charge thérapeutique ? Pensez-vous que la radiographie de thorax soit légitime ?

- psychothérapie de soutien : favoriser l'expression de la souffrance subjective, c'est-à-dire sur un autre plan que celui choisi par la patiente. Éviter toute promesse de guérison (« cette fois-ci nous allons y arriver ! ») ou de non-guérison (« il n'y a rien qu'on puisse faire pour vous ! »), toute attitude contre transférentielle négative (« rendez-vous à l'évidence que c'est dans la tête ! »)....10 points
- prescription possible d'anxiolytiques, en cures brèves lors de paroxysmes anxieux..5 points
- tenter de trouver un juste milieu entre le refus catégorique de prescrire des examens complémentaires et la surenchère ....NC
- la radiographie de thorax peut s'avérer utile dans ce dossier Tout d'abord cette patiente dit tousser depuis 2 mois et elle est fumeuse. Ensuite, la radiographie peut permettre de rassurer la patiente, de servir de référence pour ne pas à avoir à prescrire d'autres investigations et de tenter de nouer une bonne relation thérapeutique......................5 points

Question 5
12 points

Après quelques consultations rapprochées, vous diagnostiquez une personnalité pathologique comorbide de type narcissique. Quelles en sont les principales caractéristiques ?

- surestime de soi, sentiment d'avoir une valeur unique que seuls les gens de haut niveau peuvent apprécier à sa juste valeur ; pense que tout lui est dû ....2 points
- appétence pour le succès, le pouvoir, la grandeur ....2 points
- besoin excessif d'être admiré ....2 points
- exploitation de l'autre dans ses relations interpersonnelles ....2 points
- manque d'empathie ....2 points
- comportements arrogants et hautains ....2 points

Question 6
19 points

Elle vous demande quels sont les facteurs de risques du cancer du col de l'utérus. Que lui répondez-vous ? Quel conseil lui donnez-vous à ce sujet ?

- précocité des rapports sexuels (avant 17 ans) ....2 points
- nombre important d'accouchements et précocité du premier accouchement ....2 points
- facteurs infectieux (*Papilloma virus*) ....2 points
- multiplicité des partenaires et multiplicité des partenaires extraconjugaux pour le conjoint ....2 points
- tabagisme ....2 points
- déficits immunitaires (VIH, traitement immunosuppresseur) ....2 points
- vous lui conseiller de pratiquer un frottis cervico-vaginal au minimum tous les 3 ans. Vous lui dites qu'il faut informer son gynécologue du fait qu'elle fume, il pourra ainsi décider d'un rapprochement des contrôles ...7 points

COMMENTAIRES

L'hypocondrie correspond à la préoccupation sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, basée sur une interprétation erronée de symptômes somatiques le plus souvent subjectifs, et qui persiste malgré un bilan médical négatif. Communément appelée névrose hypocondriaque, on parle en revanche de trouble délirant type somatique s'il existe des idées délirantes (la terminologie française parle aussi d' « hypocondrie délirante »). Des symptômes hypocondriaques peuvent venir compliquer un épisode dépressif (syndrome de Cottard, dépression masquée) ou une schizophrénie ; on ne parle alors pas d'hypocondrie. L'hypocondrie peut par ailleurs se compliquer (dépression, comportements suicidaires). Enfin, elle est fréquemment comorbide d'autres troubles psychiatriques (troubles anxieux, troubles de la personnalité). Même si ces considérations « nosologiques » peuvent paraître laborieuses, elles ont le mérite d'insister sur la nécessité d'une recherche minutieuse de complications et de comorbidités psychiatriques dont les orientations thérapeutiques sont spécifiques (antidépresseur, antipsychotique, psychothérapie seule...). Enfin, il faut rappeler que toute prise de position tranchée de la part du thérapeute dessert le patient hypocondriaque ; en plus d'accroître son anxiété, on risque de le voir pérenniser sa problématique en allant consulter ailleurs.

Dossier 16

Vous recevez à votre cabinet de pédiatrie Charles, âgé de 4 ans. Vous êtes surpris car il répond peu à vos sollicitations. Vous lui tendez une peluche pour jouer avec lui, pour détendre l'atmosphère avant une consultation que vous croyez destinée aux rappels vaccinaux. Charles ne vous regarde pas dans les yeux, il se balance sur les genoux de son père, et n'émet que des petits sons, mais pas de langage plus élaboré. Posé par terre, il se rue sur les cubes, et les aligne, et fait mine de les faire rouler comme des voitures. En interrogeant la mère, elle vous explique que Charles était un bébé facile, pleurant peu, ce qui surprit la mère par rapport à ses 2 sœurs aînées. Les différentes étapes du développement moteur ont été franchies dans des délais normaux (mais tardifs) mais son langage se développa avec un retard significatif. On craignait même que Charles soit sourd jusqu'à ce qu'un examen ORL montre une audition normale. Actuellement, Charles utilise des mots isolés avec ses parents pour demander à manger, mange toujours la même chose, et s'énerve au moindre changement. Vous suspectez un autisme idiopathique.

Question 1 Quelles sont, en règle générale, les caractéristiques cliniques principales de l'autisme ?

Question 2 Quels sont les signes précoces (avant 6 mois) que vous auriez pu remarquer chez Charles ?

Question 3 Quels sont les principaux diagnostics différentiels à éliminer chez Charles ?

Question 4 Quels sont les principaux examens cliniques (en plus de l'examen psychiatrique) et paracliniques à réaliser systématiquement chez Charles ?

Question 5 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques à proposer pour Charles ?

Question 6 Au cours de votre examen clinique, vous remarquez que Charles a un petit périmètre crânien, qu'il a ralenti sa courbe de croissance, et qu'il fait des mouvements stéréotypés des mains (battements et frottements des mains l'une contre l'autre et se les mord). Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

Question 7 Précisez les caractéristiques cliniques de ce trouble.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quelles sont, en règle générale, les caractéristiques cliniques principales de l'autisme ?

- altération qualitative des interactions sociales....................5 points
  - o altérations des contacts non verbaux : contact oculaire, mimique facial, postures corporelles, gestes
  - o incapacités à établir des contacts avec ses pairs
  - o non partage des plaisirs, des intérêts, pas de désignation du doigt par exemple
- altération qualitative de la communication..........................5 points
  - o retard ou absence du langage parlé
  - o usage stéréotypé et répétitif du langage
  - o absence de jeu d'imitation sociale
- caractère restreint répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités ....5 points
  - o préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints
  - o adhésion inflexible à des habitudes ou à des rituels
  - o maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (battements des doigts ou des mains)
  - o préoccupations persistantes pour certaines parties des objets
- altérations débutant avant 3 ans..5 points

Question 2
10 points

Quels sont les signes précoces (avant 6 mois) que vous auriez pu remarquer chez Charles ?

- distorsions précoces des interactions : bébé trop sage, ne pleurant jamais, ne réclamant jamais ....3 points
- décrochage fréquent du regard, absence de sourire ....3 points
- hypotonie, absence de dialogue tonique, absence d'imitation des interactions...................................2 points
- trouble du sommeil avec insomnie calme (bébé, il avait les yeux ouverts dans son lit) ....2 points

Question 3
10 points

Quels sont les principaux diagnostics différentiels à éliminer chez Charles ?

- autres troubles envahissants du développement (syndrome de Rett) .... 3 points
- encéphalopathies .... 3 points
- dysphasies sévères .... 1 point
- retard mental .... 3 points

Question 4
20 points

Quels sont les principaux examens cliniques (en plus de l'examen psychiatrique) et paracliniques à réaliser systématiquement chez Charles ?

- examen neurologique voire génétique .... 4 points
- EEG, IRM cérébrale sous anesthésie générale .... 4 points
- caryotype et recherche de l'X fragile .... 4 points
- bilan biologique standard, plombémie (si milieu social défavorisé), chromatographie des acides aminés et organiques .... 4 points
- bilan orthophonique, psychomoteur, psychométrique .... 4 points

Question 5
16 points

Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques à proposer pour Charles ?

- rééducation : orthophonique, psychomotrice, éducative .... 4 points
- suivi institutionnel : hôpital de jour, internat médicalisé .... 4 points
- traitements psychotropes à dose minimale si stéréotypies invalidantes, ritualisations invalidantes, agressivité, crises épileptiques .... 4 points
- psychothérapie individuelle (modalités très comportementales et éducatives) et familiale (soutien familial) .... 4 points

Question 6
10 points

Au cours de votre examen clinique, vous remarquez que Charles a un petit périmètre crânien, qu'il a ralenti sa courbe de croissance, et qu'il fait des mouvements stéréotypés des mains (battements et frottements des mains l'une contre l'autre et se les mord). Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

- syndrome de Rett .... 10 points

Question 7
8 points

Précisez les caractéristiques cliniques de ce trouble.

- développement normal jusqu'à 5 mois de vie ....2 points
- apparition progressive d'une encéphalopathie à partir de 6 mois ....2 points
  - o perte des compétences psychomotrices, ataxie, apraxie, atrophie et rigidité musculaire
  - o apparition de mouvements stéréotypés (morsure des doigts+++)
  - o perte du langage voire régression du niveau d'interaction
  - o décélération de la croissance du périmètre crânien
  - o crises d'épilepsie dans 75 % des cas
- troubles respiratoires ....2 points
- scoliose fréquente ....2 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique regroupe la plupart des points fondamentaux que vous devez connaître sur l'autisme et sur le syndrome de Rett. Outre les caractéristiques cliniques classiques de ce trouble, il est important de connaître les signes précoces de ce trouble. C'est une « marotte » des pédopsychiatres. Ce dossier est un des plus importants en pédopsychiatrie. Ce d'autant qu'une équipe française a découvert en 2003 le premier gène (gène des neuroligines), impliqué dans l'autisme idiopathique. Il y aura donc un regain d'intérêt pour ce type de dossier dans les années qui viennent. Enfin, pour faciliter votre travail de mémorisation, le bilan paraclinique à réaliser est celui de toute encéphalopathie évolutive congénitale ou du retard mental.

Dossier 17

Jérôme D., une vingtaine d'années, est conduit menotté aux urgences de votre hôpital par Police Secours. Ce dernier a été interpellé alors qu'il déambulait nu dans les rayons d'un grand magasin ; il agressait verbalement les vendeuses du rayon parfumerie, les contraignant à ouvrir les flacons de parfum pour ensuite s'en asperger le corps. Vociférant, dans un grand désordre, il les accusait de vouloir l'empêcher de se purifier et d'être ainsi responsables de la pire des catastrophes humanitaires. Un des policiers vous présente alors l'ordonnance d'Hospitalisation d'office décidée par le Préfet. Jérôme D. résiste à la contention opérée par les policiers, se débat, hurle qu'il n'a fait de mal à personne et vous supplie de le laisser continuer sa mission. Son visage exprime de l'angoisse et, si manifestement il pleure, il laisse soudainement exploser un fou rire que vous ne comprenez pas. Il semble brutalement retrouver ses esprits, se calme et vous explique qu'il a enfin tout compris du malheur des hommes. Seul le baptême purificateur nous libérera, il le sait ; « Écoutez, Dieu nous parle en ce moment, il nous l'ordonne, vous ne l'entendez donc pas ?! » Après un silence inattendu de quelques secondes pendant lequel il semble attentivement tendre l'oreille vers le mur, il hurle un chant dont les paroles évoquent tour à tour Satan, Jupiter, le Yin et le Yang, le Pardon, l'Apocalypse, la taille de son sexe, les électrodes plantées dans son cerveau et qui le télécommandent, ainsi que les « fourmis-killers » qui se glissent sous sa peau.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 2 Détaillez votre analyse sémiologique.

Question 3 Quelle est votre conduite thérapeutique immédiate ? Pouvez-vous garder le patient aux urgences en dépit de l'ordonnance d'Hospitalisation d'office ?

Question 4 En quoi son entourage familial, s'il avait été présent, aurait pu être contributif ?

Question 5 Quel bilan devez-vous réaliser au minimum ?

Question 6 Sur quoi repose le traitement de cet épisode ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- bouffée délirante aiguë
  (ou épisode psychotique aigu) ....20 points

Question 2
14 points

Détaillez votre analyse sémiologique.

- thèmes multiples et variables du délire :
  thème de mission, mystique, mégalomaniaque,
  sexuel, persécutif ....2 points
- mécanismes polymorphes du délire : imaginatif, intuitif,
  hallucinatoire (auditif et cénesthésique), très probable
  automatisme mental (les électrodes qui le téléguident) ......2 points
- organisation du délire : non systématisé ....2 points
- forte adhésion au délire : pas de critique ....2 points
- troubles du comportement...2 points
- fluctuation thymique, dysphorie..2 points
- anxiété..2 points

Question 3
22 points

Quelle est votre conduite thérapeutique immédiate ? Pouvez-vous garder le patient aux urgences en dépit de l'ordonnance d'HO ?

- urgence psychiatrique..1 point
- sédation et contention (démenottage et installation
  sur un chariot de contention) ....1 point
- dès que possible, examen clinique complet (pouls, tension
  artérielle, température, conscience, glycémie capillaire,
  saturation artérielle en oxygène, examen pupillaire,
  état des conjonctives, recherche de déshydratation,
  de points d'injection, haleine, examen neurologique) ....4 points
- injection IM d'un neuroleptique sédatif type LOXAPAC®
  3 ampoules éventuellement associée à une benzodiazépine
  (1 ampoule de RIVOTRIL® ou de TRANXÈNE® 50) ....4 points
- surveillance régulière et rapprochée du pouls de la tension
  artérielle de la température et de la fréquence respiratoire
  avec présence permanente d'un soignant aux côtés
  du patient ....4 points
- pas de transfert dans un service de psychiatrie
  même si ordonnance d'hospitalisation d'office,
  avant d'être assuré d'un bilan organique négatif
  (examen clinique et bilan paraclinique minimum) ....8 points

Question 4
19 points

En quoi son entourage familial, s'il avait été présent, aurait pu être contributif ?

- un début brutal et l'existence de prodromes (troubles du sommeil, bizarreries comportementales dysphorie) peuvent conforter votre diagnostic..................3 points
- prise de toxique avérée..4 points
- présence d'éventuels antécédents psychiatriques personnels (personnalité prémorbide de type schizoïde voire schizophrénie avérée, épisode dépressif majeur, manie ou hypomanie)...4 points
- antécédents psychiatriques familiaux (trouble de l'humeur, comportement suicidaire, psychose chronique).................4 points
- antécédents somatiques (épilepsie, VIH...)........................4 points

Question 5
9 points

Quel bilan devez-vous réaliser au minimum ?

- NFS et plaquettes ....1 point
- glycémie...1 point
- ionogramme sanguin ....1 point
- calcémie, urée et créatinine plasmatiques...........................1 point
- recherche de toxiques dans les urines ....1 point
- scanner cérébral au mieux aux urgences sinon de manière rapprochée ....2 points
- éventuellement et en fonction de l'examen clinique EEG, hémocultures, PL, sérologie VIH ....2 points

Question 6
16 points

Sur quoi repose le traitement de cet épisode ?

- hospitalisation sous contrainte en milieu protégé dans un établissement régi par la loi du 27 juin 1990 ....4 points
- administration d'un traitement antipsychotique IM type LOXAPAC®, 4 à 8 ampoules/j les premiers jours avec relais *per* os par neuroleptique atypique type ZYPREXA®, 15 à 20 mg/j ....8 points
- durée du traitement : classiquement de 4 à 6 mois ....2 points
- possible co-prescription d'un anxiolytique benzodiazépinique (20 mg de RIVOTRIL® ou 100 mg de TRANXENE® par jour)
- certains auteurs proposent d'adjoindre sans attendre un traitement thymorégulateur si arguments en faveur d'un trouble de l'humeur (antécédents personnels d'épisodes dépressifs majeurs, antécédents familiaux de trouble de l'humeur ou de comportements suicidaires), par exemple THÉRALITE®...2 points

COMMENTAIRES

Le concept de Bouffée délirante aiguë (BDA) n'est pas reconnu par tous les auteurs, notamment les auteurs anglo-saxons. Ces auteurs classent ce trouble d'emblée dans les troubles bipolaires de l'humeur si la dimension thymique est au premier plan et qu'il existe des antécédents personnels et familiaux en faveur de ce diagnostic et d'emblée dans les troubles schizophréniques (trouble schizophréniforme) si la dissociation est au premier plan et qu'il existait, par exemple, une personnalité prémorbide. Même si la BDA évolue classiquement vers un trouble de l'humeur, une schizophrénie ou la récurrence, le fait qu'elle puisse être « sans conséquence, sinon sans lendemain », justifie, aux yeux des auteurs français, le maintien de la terminologie BDA. Néanmoins, on sait qu'il peut être très difficile, voire impossible, de distinguer cliniquement une BDA d'une manie, d'une mélancolie ou d'un état mixte avec caractéristiques psychotiques ; de ce fait, certains auteurs n'hésitent pas à prescrire d'emblée un thymorégulateur dans les cas d'une BDA où les éléments thymiques et les antécédents de trouble de l'humeur (personnels et familiaux) sont au premier plan. Seuls le degré d'efficacité thérapeutique et la qualité du retour à un fonctionnement de base (persistance d'une dissociation ?) permettent réellement d'aborder la question de l'évolutivité et donc du pronostic.

On rappelle enfin qu'il est légalement possible de garder un patient (avec ou sans son consentement) au service d'accueil des Urgences de l'hôpital jusqu'à maximum 72 heures après son admission : (1) le temps de pouvoir statuer sur une hospitalisation sous contrainte dans un établissement régi par la loi du 27 juin 1990, (2) le temps de pratiquer les investigations somatiques que l'on juge nécessaires quand bien même une hospitalisation sous contrainte a déjà été prononcée (comme c'est le cas dans notre dossier). Au-delà de ce délai, il faudra avertir la direction de l'hôpital qui prendra les mesures administratives adéquates.

Dossier 18

Madame A., âgée de 32 ans, vous consulte en raison de troubles de sommeil anciens. Elle présente des difficultés d'endormissement depuis plusieurs mois, difficultés qu'elle attribue à ce qu'elle nomme des « inquiétudes ». Elle ressent de manière quasi permanente une sensation d'inconfort, avec des palpitations, une sensation de pesanteur au niveau abdominal et une certaine fébrilité. Le tout survient surtout lorsqu'elle pense à son mari qui voyage beaucoup du fait de son métier. Elle craint qu'il n'ait un accident de voiture, l'appelle plusieurs fois par jour sur son portable et n'est rassurée que lorsqu'il est à la maison. Elle est également inquiète pour ses deux enfants de 6 et 8 ans car ils risquent « d'attraper des microbes à l'école, de faire de mauvaises rencontres quand ils jouent au square ». Elle a beau se raisonner et se dire qu'il n'est jamais rien arrivé de grave à son mari ou ses enfants, elle s'inquiète quand même. « Même lorsque tout va bien, je trouve une raison pour me faire du souci : le travail, la santé de mes parents et ainsi de suite... Je m'attends toujours au pire. Alors je n'arrive pas à m'endormir et si je m'endors, c'est pour faire d'horribles cauchemars ».

Question 1 Quel diagnostic retenez-vous ?

Question 2 Sur quels arguments posez-vous ce diagnostic ?

Question 3 Quels sont les autres diagnostics psychiatriques à discuter ?

Question 4 Quelles sont les complications de ce trouble ?

Question 5 Quels sont les principes de la prise en charge ?

Question 6 Avez-vous prescrit des examens complémentaires ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quel diagnostic retenez-vous ?

- trouble anxiété généralisée .... 15 points

Question 2
23 points

Sur quels arguments posez-vous ce diagnostic ?

- anxiété .... 3 points
  et soucis excessifs .... 3 points
- non contrôlables .... 3 points
- tension motrice .... 1 point
  avec fébrilité .... 1 point
  palpitations .... 1 point
  symptômes gastro-intestinaux .... 1 point
- agitation .... 1 point
  irritabilité .... 1 point
- perturbation du sommeil .... 2 points
- ruminations anxieuses .... 2 points
- durée d'au moins 6 mois .... 2 points
- sans étiologie organique ou toxique .... 2 points

Question 3
15 points

Quelles sont les autres diagnostics psychiatriques à discuter ?

- névroses (phobique, obsessionnelle) .... 3 points
- trouble panique .... 3 points
- trouble de la personnalité .... 3 points
- épisode dépressif anxieux .... 3 points
- hystérie .... 3 points

Question 4
16 points

Quels sont les complications de ce trouble ?

- évolution vers un trouble panique .... 2 points
- épisode dépressif .... 2 points
- tentative de suicide .... 2 points
- alcoolisme .... 2 points
- toxicomanie .... 2 points
- consommation excessive de psychotropes .... 2 points
- évolution vers une autre névrose
  (phobique, obsessionnelle) .... 2 points
- troubles psychosomatiques
  (HTA, ulcère, coronaropathie) .... 2 points

Question 5
24 points

Quels sont les principes de la prise en charge ?

- traitement ambulatoire ....2 points
  ou hospitalier (rare) selon la sévérité des troubles ....1 point
- traitement par benzodiazépines au début.........................2 points
  en cure de courte durée ....1 point
- traitement antidépresseur ....2 points
  inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
  et de la noradrénaline (IRNSA) ....2 points
  Venlafaxine EFFEXOR® ....1 point
- psychothérapie ....2 points
  - analytique, de soutien ou cognitivo-comportementale ....2 points
- règles hygiéno-diététiques ....2 points
  - arrêt des excitants (tabac, café, alcool, thé)...................1 point
  - sports ....1 point
  - relaxation...1 point
- surveillance de l'efficacité clinique ....2 points
- surveillance de la tolérance médicamenteuse ....2 points

Question 6
7 points

Avez-vous prescrit des examens complémentaires ?

- non, il s'agit d'un diagnostic clinique ....4 points
- pas d'examens complémentaires sauf en cas
  de point d'appel clinique ....3 points

COMMENTAIRES

Le trouble anxiété généralisée appartient à la catégorie des troubles anxieux. Il s'agit d'un trouble fréquent (prévalence de 5 à 10 % sur un an), débutant chez l'adulte jeune et affectant plus fréquemment les femmes. Les principales manifestations comportent une anxiété sur des faits de la vie quotidienne, non contrôlable par le sujet, une hyperactivité végétative, une vigilance cognitive et une tension motrice. Il génère une souffrance psychique significative et peut se compliquer de dépression, de risque suicidaire, d'abus ou de dépendance à l'alcool et aux psychotropes notamment. La prise en charge est double : médicamenteuse et psychothérapeutique. Le seul traitement ayant l'AMM (Autorisation de mise sur le marché) pour le trouble anxiété généralisé est la Venlafaxine EFFEXOR®. Cependant, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent apporter un bénéfice thérapeutique, surtout en cas de syndrome dépressif associé. Le recours aux anxiolytiques type benzodiazépines (en cure courte) peut également présenter un intérêt, mais en se méfiant du risque de dépendance (connaître les Références médicales opposables ou RMO). La prise en charge psychothérapeutique associe la relaxation et les techniques cognitives. Les règles hygiéno-diététiques peuvent également apporter un bénéfice thérapeutique.

Dossier 19



Monsieur L., 32 ans, est conduit aux urgences de l'hôpital par les pompiers. Il était dans le bus qui le ramenait chez lui après une journée de travail quand il fut pris d'un malaise. C'est un homme exténué mais soulagé qui vous raconte l'incident. Certes le bus était surchargé et il y faisait chaud, mais Monsieur L. fut soudain pris de palpitations, de nausées, de sueurs, d'une sensation de « barre épigastrique », de céphalées, de paresthésies au niveau des membres, de flou visuel et d'angoisse. Bien qu'il l'eût craint, il ne perdit pas connaissance. Séparé de son amie depuis un an, il vit désormais seul, loin de sa famille. Cet ingénieur en informatique signale qu'il boit quotidiennement deux verres de whisky et remarque que sa consommation de tabac n'a cessé d'augmenter depuis sa rupture (actuellement deux paquets de cigarettes par jour). Il vous apprend qu'il a déjà expérimenté ce type de malaise à plusieurs reprises depuis 6 mois et que les crises vont en se rapprochant. Vous ne retrouvez pas d'antécédent particulier et l'examen clinique est sans particularité. Pouls : 85, température : 37,2 °C, tension artérielle : 19/11.

Question 1 Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ?

Question 2 Quel complément d'information clinique allez-vous rechercher pour étayer ce diagnostic ?

Question 3 Quel bilan paraclinique préconisez-vous au minimum ?

Question 4 Qu'expliquez-vous à ce patient des grandes lignes thérapeutiques ?

Question 5 Il vous interroge sur le pronostic ; que lui répondez-vous ?

Question 6 Le bilan paraclinique que vous avez demandé rapporte des anomalies qui vous font craindre un phéochromocytome. Quelles peuvent être ces anomalies ? Quel complément d'investigation permettrait de poser ce diagnostic ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ?

- trouble panique ....15 points

Question 2
24 points

Quel complément d'information clinique allez-vous rechercher pour étayer ce diagnostic ?

- compléter le recueil sémiologique des attaques de panique : caractère soudain de la survenue des crises sans raison apparente, paroxysme atteint en moins de 10 minutes, angoisse avec dépersonnalisation, déréalisation, sensation de mort imminente, peur de devenir fou, autres manifestations somatiques (oppression thoracique, précordialgies, sensation de « boule dans la gorge », dyspnée, vertiges, tension musculaire) ....8 points
- évaluer la présence d'agoraphobie (peur de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou de trouver du secours en cas d'attaque de panique) qui se traduit le plus souvent par une anxiété accrue voire par un évitement des lieux publics (foules, magasins, transports en commun...) ....6 points
- évaluation de la période intercritique : présence d'une anxiété d'anticipation (peur d'avoir de nouvelles attaques de panique) ....5 points
- rechercher par l'interrogatoire les possibles diagnostics différentiels du trouble panique, tant somatiques (récolter les antécédents médico-chirurgicaux) que psychiatriques (schizophrénie, phobie sociale, états de stress post-traumatiques...) ....5 points

Question 3
17 points

Quel bilan paraclinique préconisez-vous au minimum ?

- NFS ....2 points
- glycémie ....2 points
- ionogramme sanguin ....2 points
- calcémie, urée et créatinine plasmatiques ....2 points
- T4 TSH ....2 points
- recherche de toxiques dans les urines.................................2 points
- ECG ....5 points
- en fonction du contexte : enzymes cardiaques radiographie thoracique, EEG, TDM cérébrale ....NC

Question 4
18 points

Qu'expliquez-vous à ce patient des grandes lignes thérapeutiques ?

- dédramatiser, rassurer le patient sur l'absence de gravité somatique .... 4 points
- lui expliquer qu'il faudra observer un traitement prophylactique le plus souvent à base d'Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS), qui même s'il est le plus souvent efficace, n'agit qu'au bout de quelques semaines, au prix parfois, d'une recrudescence des attaques de panique en début de traitement .... 4 points
- le rassurer sur la possibilité d'une prescription conjointe mais qui sera limitée dans le temps (4 à 8 semaines) d'un traitement curatif de l'attaque de panique (benzodiazépines en administration sublinguale par exemple) .... 4 points
- insister sur le bénéfice attendu d'une prise en charge psychothérapeutique conjointe de type cognitive et comportementale .... 4 points
- conseils hygiéno-diététiques (alcool, tabac, café, sport...) .... 2 points

Question 5
12 points

Qu'expliquez-vous à ce patient des grandes lignes thérapeutiques ?

- expliquer au patient qu'un tel traitement vient le plus souvent à bout de ce trouble .... 4 points
  mais qu'il y a un fort risque de chronicisation en l'absence de traitement .... 4 points
- prévenir que le risque de rechute, une fois le traitement terminé, reste toutefois non négligeable .... 4 points

Question 6
14 points

Le bilan paraclinique que vous avez demandé rapporte des anomalies qui vous font craindre un phéochromocytome. Quelles peuvent être ces anomalies ? Quel complément d'investigation permettrait de poser ce diagnostic ?

- glycémie augmentée .... 4 points
- polyglobulie .... 2 points
  et hyperleucocytose .... 2 points
- le diagnostic est apporté par le dosage urinaire des dérivés méthoxylés des catécholamines et du VMA et/ou par le dosage plasmatique des méthoxyamines plasmatiques, et le plus souvent conforté par la visualisation de la tumeur à la TDM thoraco-abdomino-pelvienne .... 6 points

COMMENTAIRES

Il faut savoir qu'au décours immédiat d'une attaque de panique, le patient est classiquement orienté et pris en charge par les urgences médicales du fait de l'aspect organique de la crise, de prime abord. Ceci est une bonne chose et doit rester la règle. Le diagnostic de trouble panique reste exclusivement clinique après élimination des diagnostics différentiels (ne pas oublier l'examen clinique et le bilan paraclinique de base). Dans ce dossier, le diagnostic de trouble panique était *a priori* le plus probable (âge, situation conjugale, symptomatologie) et justifiait la prise en charge psychiatrique sans attendre, prise en charge qui s'avère le plus souvent très « anxiolytique ». Il est très important à ce stade d'éduquer le patient en l'informant des modalités thérapeutiques, du pronostic (globalement bon) et du risque encouru à ne pas se traiter. Ce dossier montre enfin combien la pertinence des diagnostics exclusivement cliniques (comme c'est majoritairement le cas en psychiatrie) dépend de la rigueur avec laquelle on élimine les diagnostics différentiels. Il aurait été sans doute dramatique pour ce patient de se contenter d'un traitement prophylactique du trouble panique et d'une orientation vers un suivi psychiatrique exclusif. Enfin, il convient, devant des signes aspécifiques comme l'HTA (qu'on peut être tenté de mettre en rapport avec l'anxiété) et les anomalies du bilan paraclinique, de savoir demander un complément d'investigation. Il n'y aurait pas eu, au demeurant, d'erreur thérapeutique que de prescrire un IRSS dans l'attente des résultats du bilan endocrinologique.

Dossier 20

Madame L., 72 ans, est conduite par son fils aux urgences de l'hôpital. Veuve depuis 4 ans, elle vit seule dans un appartement non loin du lieu de résidence de son fils qui lui rend régulièrement visite depuis la disparition de son père. « Tout a commencé après la mort de mon père », rapporte son fils, « mais les choses s'aggravent nettement depuis 5 mois ». Il la décrit comme de plus en plus incurique, triste, apathique et en proie à des crises de colère immotivées et excessives. Elle n'arrive plus à faire ses courses, se perd régulièrement dans son quartier où elle a pourtant toujours habité. Lors de la dernière visite de son fils, Madame L. l'a pris pour l'un de ses voisins ; elle a tenté de le chasser avec violence arguant qu'il venait dans le but de lui voler ses bijoux. On note dans ses antécédents, deux épisodes dépressifs majeurs (l'un à 30 ans au décours d'un accouchement, l'autre à 48 ans) ayant nécessité un traitement antidépresseur en milieu hospitalier du fait d'idées suicidaires importantes. On ne retrouve pas d'antécédent somatique notable excepté une brûlure récente d'origine indéterminée en voie de cicatrisation au niveau de l'avant-bras gauche. Elle pleure devant vous et se dit désespérée au point de préférer se voir morte.

Question 1 Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question 2 Vous décidez d'hospitaliser cette patiente dans un service de médecine. Quelles investigations paracliniques proposez-vous au minimum ?

Question 3 Vous ne retrouvez aucune anomalie aux précédents examens et l'examen clinique somatique est sans particularité. Quel traitement médicamenteux lui proposez-vous ? (détaillez le protocole thérapeutique)

Question 4 L'électro-convulsivo-thérapie vous paraît-elle constituer une thérapeutique envisageable ? Pour quelles raisons ?

Vous revoyez Madame L., 6 mois plus tard en consultation, parfaitement normothymique et exempte de toutes caractéristiques délirantes. Elle dit néanmoins endurer de pénibles paroxysmes anxieux qu'il vous est facile de mettre en rapport avec de nombreuses difficultés d'ordre mnésique et praxique.

Question 5 Quel complément d'interrogatoire et d'investigation clinique pouvez-vous lui proposer ? Dans quel but ?

Question 6 De quels moyens thérapeutiques peut-elle alors bénéficier ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
17 points

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- **épisode dépressif majeur d'allure « pseudo-démentielle »...6 points**
  dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent..................5 points
- **détérioration mentale dans le cadre**
  d'une pathologie démentielle débutante............................6 points

Question 2
22 points

Vous décidez d'hospitaliser cette patiente dans un service de médecine. Quelles investigations paracliniques proposez-vous au minimum ?

- **NFS, plaquettes ....1 point**
- **VS ....1 point**
- **ionogramme plasmatique ....1 point**
- **calcémie ....1 point**
- **phosphorémie ....1 point**
- **glycémie ....1 point**
- **urée ....1 point**
- **créatininémie ....1 point**
- **bilan hépatique ....1 point**
- **T4, TSH ....1 point**
- **vitamine B12 ....1 point**
- **folates sériques ....1 point**
- **sérologie syphilitique ....1 point**
- **sérologie VIH ....1 point**
- **EEG ....4 points**
- **TDM cérébrale ....4 points**

Question 3
17 points

Vous ne retrouvez aucune anomalie aux précédents examens et l'examen clinique somatique est sans particularité. Quel traitement médicamenteux lui proposez-vous ? (détaillez le protocole thérapeutique).

- traitement antidépresseur ....8 points
- éviter les tricycliques. Privilégier les antidépresseurs de la famille des IRS (type DÉROXAT®) ou IRSNA (type EFFEXOR®), per os, à posologie d'emblée efficace .2 points
- traitement d'attaque (3 à 4 semaines) avec évaluation hebdomadaire de la thymie et de la tolérance ....2 points
- augmentation de la posologie si réponse thérapeutique partielle au bout de 6 semaines ou changement de thérapeutique à n'importe quel moment si aggravation psychique et/ou somatique (autre antidépresseur ou sismothérapie) ....2 points
- si retour à la normothymie, poursuivre le traitement à la même posologie et au long cours à visée prophylactique car Trouble dépressif récurrent avéré........3 points

Question 4
9 points

L'électro-convulsivo-thérapie vous paraît-elle constituer une thérapeutique envisageable ? Pour quelles raisons ?

- oui ....6 points
- âge avancé (mauvaise tolérance pharmacologique et chimiorésistance fréquente) ....1 point
- présence de caractéristiques délirantes ....1 point
- doute sur détérioration mentale (chimiorésistance fréquente) ....1 point

Question 5
18 points

Quel complément d'interrogatoire et d'investigation clinique pouvez-vous lui proposer ? Dans quel but ?

- dans le but de conforter le diagnostic de démence ....5 points
  très probablement de type Alzheimer ....3 points
  il convient de :
- rechercher des antécédents familiaux de démence (en particulier de type Alzheimer) ou d'autres maladies neurodégénératives..4 points
- rechercher des antécédents personnels de traumatismes crâniens...1 point
- pratiquer une évaluation cognitive et comportementale de cette patiente à l'aide de tests psychométriques et neuropsychologiques (langage, praxie, gnosie, mnésie...) ...5 points

Question 6
17 points

De quels moyens thérapeutiques peut-elle alors bénéficier ?

- prescription d'inhibiteurs de la cholinestérase ou des agonistes muscariniques et nicotiniques dans le cas d'une démence à un stade léger ou modérément sévère. ....4 points
- prise en charge psychothérapeutique (de soutien, de stimulation cognitive, comportementale)......4 points
- mesures d'aide au maintien à domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie, aménagement du domicile, hôpital de jour...) ....4 points
- mesures d'accueil temporaires ou d'institutionnalisation au besoin
- demande de reconnaissance d'affection longue durée (ALD)...4 points
- éventuellement mesures de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) ....1 point

COMMENTAIRES

Ce cas clinique rappelle combien il peut être particulièrement difficile en psychiatrie d'avoir un avis diagnostique franc. Il convient alors de hiérarchiser les hypothèses diagnostiques en tenant compte du contexte anamnestique ainsi que du terrain (grand âge, risque vital ?) avant de choisir une stratégie thérapeutique adaptée, stratégie pouvant elle-même aider à conforter le diagnostic. Cependant, le patient déprimé « vrai », surtout s'il est âgé, peut se révéler résistant au traitement antidépresseur alors que ce traitement peut en revanche améliorer la symptomatologie thymique et cognitive du dément « vrai ». Enfin, il se peut que dépression et démence soient comorbides, comme c'est le cas dans notre dossier. Il faut rappeler que les sismothérapies ne sont pas contre-indiqués chez le sujet âgé, bien au contraire (effets latéraux des psychotropes et chimiorésistance fréquents). La suspicion de détérioration mentale, contrairement aux idées reçues n'en contre-indique pas plus l'usage. Attention : le diagnostic de Trouble dépressif récurrent est important, quelle que soit la gravité de la détérioration mentale, car il implique d'entreprendre une stratégie thérapeutique prophylactique (traitement antidépresseur au long cours), dont la durée, même si elle n'est pas consensuelle, doit au minimum être de 2 à 5 ans.

Dossier 21

Romuald, âgé de 6 ans, vit un cauchemar, ses parents également. Il ne passe pas une nuit sans être éveillé par ses draps mouillés. Il a une incontinence urinaire depuis sa prime enfance. Au mieux il a passé 3-4 nuits sans perdre ses urines. Romuald est en CP. Il est éveillé et ne présente pas de problème d'apprentissage. Rapidement, il a acquis les rudiments du calcul, de l'écriture et de la lecture. Ce jour, ses parents viennent en consultation. Romuald doit partir en classe verte dans 2 mois. Il refuse de partir, ne désirant pas que ses copains de classe soient au courant de ses difficultés. Ses parents sont désemparés.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable ? Étayer votre hypothèse.

Question 2 Quels sont les diagnostics différentiels principaux ?

Question 3 Quels examens paracliniques devez-vous réaliser pour infirmer ou confirmer votre hypothèse ?

Question 4 Quels sont les conseils éducatifs à proposer en première intention ?

Question 5 En cas d'échec, quels traitements non médicamenteux proposez-vous aux parents ?

Question 6 Quelles sont les différents traitements médicamenteux que vous pouvez proposer ?

Question 7 Quels sont les principaux effets indésirables à redouter ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
30 points

Quel est le diagnostic le plus probable ? Étayer votre hypothèse.

- énurésie nocturne primaire .... 10 points
  - o mictions répétées de jour ou de nuit, au lit ou dans ses vêtements .... 5 points
  - o le plus souvent involontaires, mais parfois délibérées ...... 5 points
  - o plus de 2 fois par semaine pendant au moins 3 mois ...... 5 points
  - o chez l'enfant de plus de 5 ans ou d'âge mental de 5 ans pour ceux ayant un retard développemental .. 5 points

Question 2
20 points

Quels sont les diagnostics différentiels principaux ?

- vessie neurologique (spina bifida)..................................... 5 points
- affection médicale générale entraînant une polyurie ou des mictions impérieuses (diabète insulino-dépendant non traité, diabète insipide) .... 5 points
- infections urinaires aiguës .... 5 points
- crise d'épilepsie généralisée .... 5 points

Question 3
10 points

Quels examens paracliniques devez-vous réaliser pour infirmer ou confirmer votre hypothèse ?

- aucun en cas d'énurésie primaire (en dehors de l'examen clinique) .... 5 points
- en cas d'énurésie secondaire surtout si diurne et troubles mictionnels associés : ECBU, créatinémie ± cystographie et UIV (suivant le contexte), EEG, glycémie à jeun .... 5 points

Question 4
5 points

Quels sont les conseils éducatifs à proposer en première intention ?

- mesures générales (correction des mesures éducatives trop rigides, toilette avant d'aller se coucher systématiquement) et psychothérapie de soutien (brève prenant la forme d'entretiens répétés).................... 5 points

Question 5
17 points

En cas d'échec, quels traitements non médicamenteux proposez-vous aux parents ?

- mesures comportementales ....5 points
  - o suppression des couches ....3 points
  - o réveils nocturnes à horaires réguliers par les parents 1 à 2 heures après l'endormissement pendant 3 semaines à 1 mois ....3 points
  - o avertisseur sonore (pipi stop) pour réveiller parents et enfants ....3 points
  - o diminution de l'apport hydrique le soir ....3 points

Question 6
9 points

Quels sont les différents traitements médicamenteux que vous pouvez proposer ?

- soit hormone antidiurétique, desmopressine (MINIRIN®) : 0,1 à 0,2 ml en administration nasale au maximum durant 3 mois ....3 points
- soit anticholinergiques, oxybutirine (DITROPAN®) 10 mg en 1 prise le soir ....3 points
- soit antidépresseur tricyclique, imipramine (TOFRANIL®) 1 à 2 mg/kg/j en une prise le soir à 20 heures.................3 points

Question 7
9 points

Quels sont les principaux effets indésirables à redouter ?

- pour l'hormone antidiurétique, desmopressine (MINIRIN®) : céphalées, bouffées vasomotrices, crampes abdominales..3 points
- pour l'anticholinergiques, oxybutirine (DITROPAN®) : sécheresse de la bouche, trouble de la vision ralentissement du transit ....3 points
- pour l'antidépresseur tricycliques, imipramine (TOFRANIL®) : effets quinidine-like nécessitant la réalisation d'un ECG pré-thérapeutique et une surveillance régulière des troubles de la conduction (allongement du QT) ....3 points

COMMENTAIRES

Toutes les questions de ce dossier permettent de connaître au mieux le problème de l'énurésie nocturne primaire. Par contre s'il s'agit d'une énurésie secondaire, il est extrêmement important de faire le point sur les pathologies somatiques qui peuvent être impliquées. En particulier, la question du diabète insipide ou sucré est particulièrement importante. Avec une bandelette urinaire vous pouvez éliminer (ou tout au moins dans un premier temps aux urgences) assez facilement une infection urinaire et un diabète sucré. Pour l'épilepsie et la vessie neurologique, l'anamnèse et l'examen clinique vous orienteront facilement.

Enfin, les questions 6 et 7 vous interrogent sur les traitements et leurs effets indésirables. De manière assez consensuelle, le traitement par DITROPAN® est le plus fréquemment prescrit en première intention. Attention au MINIRIN® compte tenu du risque que vous avez d'abâtardir le tableau de diabète insipide, et attention au TOFRANIL® compte tenu des problèmes cardiaques, en particulier des cas de mort subite on été rapportés.

Dossier 22

Madame M., âgée de 52 ans, vous est adressée par son médecin généraliste suite à une visite à domicile. Il a retrouvé la patiente alitée, amaigrie et sentant très mauvais, l'appartement en grand désordre. Madame M., vous parle avec lenteur, répondant difficilement aux questions. Son visage est triste et figé. Vous comprenez que, depuis le décès de son mari il y a quelques semaines, elle a décidé de se mettre au lit et de se laisser mourir de faim pour aller le retrouver. Elle reste toute la nuit à pleurer sans pouvoir trouver le sommeil. Elle a cessé de s'alimenter, ne sort plus faire ses courses et refuse de voir ses enfants. Elle vous dit que ceux-ci lui veulent du mal, souhaitent la mettre dans une maison de retraite pour lui prendre tout son argent. Elle l'a bien deviné la dernière fois qu'ils sont venus lui rendre visite. Elle vous accuse ensuite d'être leur complice et se met à hurler dès que vous l'approchez : « ne me touchez pas, laissez-moi seulement mourir ».

Question 1 Faire l'analyse sémiologique de cette observation.

Question 2 Quel diagnostic retenez-vous ? Sur quels arguments ?

Question 3 Quels sont les diagnostics différentiels à discuter ?

Question 4 Quels sont les examens complémentaires devant un tel tableau ?

Question 5 Quelle est la prise en charge à adopter ?

Question 6 Quelle est la surveillance du traitement ?

Question 7 En cas d'inefficacité du traitement médicamenteux, quelle option thérapeutique auriez-vous pu choisir ? Quelles contre-indications devrez-vous alors éliminer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Faire l'analyse sémiologique de cette observation.

- syndrome mental associant .... 1 point
  - o tristesse de humeur .... 1 point
    avec pleurs et idées suicidaires .... 1 point
  - o ralentissement psychomoteur .... 1 point
  - o apragmatisme .... 1 point
  - o clinophilie .... 1 point
  - o incurie .... 1 point
- syndrome physique associant .... 1 point
  - o insomnie .... 1 point
  - o anorexie .... 1 point
    et amaigrissement .... 1 point
  - o asthénie .... 1 point
- idées délirantes .... 1 point
  de persécution et de spoliation de ses biens .... 1 point
  de mécanisme interprétatif et intuitif .... 1 point

Question 2
16 points

Quel diagnostic retenez-vous ? Sur quels arguments ?

- épisode dépressif majeur .... 3 points
  avec caractéristiques mélancoliques .... 3 points
  (ou mélancolie délirante)
- intensité de l'humeur dépressive (douleur morale) .... 2 points
- idées délirantes : ruine, persécution .... 2 points
- idées suicidaires marquées .... 2 points
- importance du ralentissement psychomoteur .... 2 points
- importance du syndrome physique
  et du retentissement somatique .... 2 points

Question 3
12 points

Quels sont les diagnostics différentiels à discuter ?

- tristesse normale .... 2 points
- deuil pathologique .... 2 points
- état anxieux .... 2 points
- confusion mentale .... 2 points
- état névrotique .... 2 points
- démence .... 2 points

Question 4
14 points

Quels sont les examens complémentaires devant un tel tableau ?

- bilan thyroïdien : T4 libre, TSH ultra-sensible ....2 points
- bilan du retentissement somatique :
  - o NFS ....1 point
  - o plaquettes ....1 point
  - o ionogramme plasmatique ....1 point
  - o urée et créatinine plasmatiques ....1 point
  - o protidémie ....1 point
  - o bilan hépatique ....1 point
- ECG ....2 points
- EEG, scanner cérébral avec et sans injection ....2 points
- bilan biologique de démence ....2 points

Question 5
21 points

Quelle est la prise en charge à adopter ?

- hospitalisation obligatoire ....3 points
  en HDT si nécessaire (car risque vital), ...1 point
- urgence diagnostique et thérapeutique ....1 point
- éliminer une étiologie organique ....2 points
- correction des troubles hydroélectrolytiques
  réhydratation par voie orale ou parentérale ....1 point
- prévention des complications de décubitus ....1 point
- éliminer une contre-indication au traitement
  (tricycliques notamment) ....2 points
- traitement antidépresseur ....2 points
  par antidépresseurs tricycliques Clomipramine ANAFRANIL®
  à posologie croissante jusqu'à 150 mg/j, voire inhibiteur
  de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
  Venlafaxine EFFEXOR® ....2 points
- prescription pour une durée minimale de 6 mois ....1 point
- traitement symptomatique de l'anxiété et de l'insomnie ......1 point
- prévention du risque suicidaire ....1 point
- soutien psychothérapeutique à distance
  de l'épisode aigu ....1 point
- surveillance de l'efficacité ....1 point
  et de la tolérance du traitement ....1 point

Question 6
10 points

Quel est la surveillance du traitement ?

- efficacité
  - o correction de la thymie ....0,5 point
  - o régression des idées suicidaires ....0,5 point
  - o régression des idées délirantes ....0,5 point
  - o correction des troubles du sommeil ....0,5 point
  - o et de l'alimentation ....0,5 point
  - o levée du ralentissement psychomoteur ....0,5 point
- tolérance
  - o pouls ....0,5 point
  - o température ....0,5 point
  - o tension artérielle debout/couché ....0,5 point (hypotension orthostatique)
  - o sécheresse de la bouche ....0,5 point
  - o constipation ....0,5 point
  - o tremblements ....0,5 point
  - o confusion ....0,5 point
  - o trouble de l'accommodation ....0,5 point
  - o dysurie ....0,5 point
  - o prise de poids ....0,5 point
- virage maniaque de l'humeur ....2 points

Question 7
12 points

En cas d'inefficacité du traitement médicamenteux, quelle option thérapeutique auriez-vous pu choisir ? Quelles contre-indications devrez-vous alors éliminer ?

- sismothérapies (ou ECT) ....4 points
- contre-indications de l'anesthésie générale ....1 point
  et des curares ....1 point
- HTA non équilibrée ....0,5 point
- myasthénie ....0,5 point
- coronaropathie grave ....0,5 point
- processus expansif intracrânien ....0,5 point
- anévrismes : cérébral ou aortique ....0,5 point
- hypertension intracrânienne ....0,5 point
- infarctus du myocarde récent ....0,5 point
- insuffisance cardiaque sévère ....0,5 point
- ostéoporose grave ....0,5 point
- décollement de rétine ....0,5 point
- anticoagulants, maladies emboligènes ....0,5 point
- traitement par IMAO ....0,5 point

COMMENTAIRES

L'épisode dépressif mélancolique est un sujet d'internat classique. Il ne présente pas de difficultés particulières à traiter. Il s'agit de la forme la plus intense et la plus grave de dépression. Le diagnostic est porté sur l'intensité du syndrome dépressif (douleur morale) et du ralentissement psychomoteur, ainsi que sur l'importance du syndrome somatique. Il peut s'accompagner d'idées délirantes dont les thèmes sont congruents à l'humeur (ruine, indignité, persécution, incurabilité...), ce qui oriente également le diagnostic. Les idées suicidaires sont quasi constantes avec un risque élevé de passage à l'acte. On distingue trois formes de mélancolie selon les symptômes prédominants : stuporeuse (ralentissement psychomoteur majeur, voire inhibition), agitée et délirante. La prise en charge est celle d'un épisode dépressif majeur. Elle comporte néanmoins certaines particularités : la nécessité d'hospitaliser le patient en urgence, le plus fréquemment contre son gré (HDT) du fait du risque suicidaire et du risque de complications vitales liées à la déshydratation, à l'arrêt de l'alimentation et à l'alitement. Dans la prise en charge, ne surtout pas oublier de prévenir ces risques. Le traitement aura recours en première intention aux antidépresseurs tricycliques ou aux sismothérapies dont il faut alors connaître les indications et les contre-indications. Ce dossier présente ainsi l'intérêt de permettre une révision des questions concernant les sismothérapies.

Dossier 23

Mlle Christine B., 23 ans, est conduite aux urgences de l'hôpital par ses parents. Brutalement, il y a trois jours, son comportement s'est radicalement modifié. Elle ne parle presque plus sinon pour répéter de manière stéréotypée les propos inquiets de ses parents. Elle reste immobile et hypertonique dans son lit ou sur une chaise, résiste aux sollicitations de ses parents pour la faire bouger. Quand elle n'agite pas son corps de manière désordonnée et stéréotypée, c'est pour garder pendant plusieurs heures la même position, le plus souvent inappropriée (bras suspendu en l'air, cou incliné). Toute tentative de capter son regard est vouée à l'échec. Elle semble perplexe et anxieuse.

Question 1 Quel est votre diagnostic syndromique ?

Question 2 Sur quels arguments ?

Question 3 Quelles en sont les étiologies les plus communes ?

Question 4 Vous apprenez par ses parents que son médecin traitant lui a prescrit de l'HALDOL® la veille de l'apparition des troubles. Elle n'aurait pris qu'un seul comprimé. Que redoutez-vous ? Que devez-vous rechercher en urgence pour éliminer ce diagnostic ?

Question 5 Votre inquiétude de la question précédente étant levée, quelles questions, à visée étiologique, devez-vous poser aux parents ?

Question 6 La patiente refuse de boire et de s'alimenter et présente un état inquiétant de déshydratation tant clinique que biologique. Elle arrache systématiquement les perfusions que vous lui avez prescrites. Quel traitement pouvez-vous lui proposer ? Quel bilan préalable devez-vous pratiquer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel est votre diagnostic syndromique ?

- syndrome catatonique ....20 points

Question 2
20 points

Sur quels arguments ?

- négativisme : fuite du regard, mutisme, non-réponse aux stimulations ....4 points
- catalepsie : tendance à la conservation des attitudes, flexibilité cireuse ....4 points
- mouvements anormaux et stéréotypés ....4 points
- écholalie ....4 points
- stupeur : perplexité anxieuse ....4 points

Question 3
12 points

Quelles en sont les étiologies les plus communes ?

- schizophrénie ....4 points
- épisode dépressif majeur (mélancolique), maniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble de l'humeur...............4 points
- catatonie liée à une affection médicale : encéphalite, tumeur cérébrale, encéphalopathie métabolique, intoxication (CO, cocaïne, cannabis...), état de mal épileptique non convulsif.................................4 points
- plus rarement, conversion hystérique..NC

Question 4
19 points

Vous apprenez par ses parents que son médecin traitant lui a prescrit de l'Haldol® la veille de l'apparition des troubles. Elle n'aurait pris qu'un seul comprimé. Que redoutez-vous ? Que devez-vous rechercher en urgence pour éliminer ce diagnostic ?

- Syndrome malin des neuroleptiques ; il faut rechercher.......5 points
  - o une hyperthermie avec sueurs profuses..........................2 points
  - o rigidité extrapyramidale ....2 points
  - o une tachycardie ....2 points
  - o une tachypnée ....2 points
  - o des anomalies tensionnelles ....2 points
  - o une augmentation des CPK (Créatine-Phosphokinase) .....2 points
  - o une augmentation des LDH (Lactate Déshydrogénase), des transaminases, une hyperleucocytose avec polynucléose ....2 points

Question 5
14 points

Votre inquiétude de la question précédente étant levée, quelles questions, à visée étiologique, devez-vous poser aux parents ?

- avez-vous la notion de prise de substances ?....................3 points
- a-t-elle des antécédents médicochirurgicaux particuliers ? ...3 points
- a-t-elle déjà été dépressive, maniaque ou mixte ? ....1 point
- a-t-elle déjà fait une tentative de suicide ? ....1 point
- a-t-elle déjà fait une bouffée délirante aiguë ? ....1 point
- vous a-t-on déjà parlé de psychose ou de schizophrénie ?....1 point
- y a-t-il des antécédents psychiatriques familiaux (trouble de l'humeur, comportements suicidaires, psychose) ?..2 points
- enfin, poser les questions qui peuvent vous permettre de repérer des troubles des conduites, une altération du fonctionnement ou des performances sociales (diagnostic rétrospectif de personnalité prémorbide).........2 points

Question 6
15 points

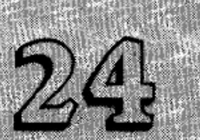
La patiente refuse de boire et de s'alimenter et présente un état inquiétant de déshydratation tant clinique que biologique. Elle arrache systématiquement les perfusions que vous lui avez prescrites. Quel traitement pouvez-vous lui proposer ? Quel bilan préalable devez-vous pratiquer ?

- on peut proposer un traitement par Électro-Convulsivo-Thérapie (ECT)...............................5 points
- il faut au préalable pratiquer :
  - examen clinique (neurologique++) ....2 points
  - consultation pré-anesthésie
  - ionogramme sanguin, NFS, plaquettes, VS, bilan hépatique, fonction rénale....................................2 points
  - bilan de coagulation, groupe ABO et rhésus, RAI..........1 point
  - ECG ....1 point
  - radio de thorax...1 point
  - fond d'œil ....1 point
  - scanner cérébral (et au besoin IRM) ....2 points

COMMENTAIRES

La catatonie constitue une entité syndromique que l'on peut rencontrer dans plusieurs pathologies psychiatriques. Son incidence a nettement diminué depuis l'avènement des thérapeutiques biologiques. Elle est désormais le plus souvent inaugurale d'une affection psychiatrique. Même si les catatonies d'étiologie médicales restent rares, il faut systématiquement penser à les éliminer. Le syndrome malin des neuroleptiques en est le principal diagnostic différentiel, même si certains auteurs continuent de le ranger dans les catatonies. Son diagnostic reste primordial d'une part en raison de sa létalité, d'autre part parce qu'il bénéficie d'une thérapeutique spécifique. La catatonie reste une indication classique des sismothérapies, souvent de première intention, et *a fortiori* s'il existe un risque vital du fait du refus de s'alimenter et de boire.

Dossier 24



Monsieur S, âgé de 18 ans, se présente aux urgences amené par sa famille pour un tableau de bouffée délirante aiguë. Vous l'hospitalisez en HDT et instaurez un traitement par halopéridol (HALDOL®) 10 mg/j à visée antiproductive et par TERCIAN® 150 mg/j à visée sédative.

Question 1 Quelles contre-indications avez-vous éliminé avant d'instaurer ce traitement ?

Question 2 Quels sont les effets secondaires les plus fréquents de ces traitements ?

Question 3 Comment surveillez-vous l'efficacité et la tolérance du traitement ?

Le lendemain de son admission, Monsieur S. présente un torticolis très douloureux, un trismus et un plafonnement du regard, de survenue brutale.

Question 4 Quel est votre diagnostic ? Quelle prise en charge proposez-vous ?

Une semaine après son hospitalisation, Monsieur S. présente une désorientation temporo-spatiale, une agitation, des sueurs, une rigidité extrapyramidale et une fièvre sans point d'appel infectieux.

Question 5 Quelle complication suspectez-vous ?

Question 6 Quels arguments cliniques et paracliniques recherchez-vous en faveur d'un tel diagnostic?

Question 7 Quel est le traitement d'une telle complication ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
8 points

Quelles contre-indications avez-vous éliminé avant d'instaurer ce traitement ?

- absolues .... 1 point
  - o glaucome à angle fermé .... 1 point
  - o allergie .... 1 point
- relatives .... 1 point
  - o porphyrie .... 1 point
  - o SEP (Sclérose En Plaques) lors d'une poussée évolutive .... 1 point
  - o insuffisance hépatique .... 1 point
  - o ou rénale .... 1 point

Question 2
26 points

Quels sont les effets secondaires les plus fréquents de ces traitements ?

- neurologiques
  - o syndrome extrapyramidal .... 1 point
  - o dyskinésies aiguës .... 1 point
  - o akinésie .... 1 point
  - o syndrome akinéto-hypertonique .... 1 point
  - o syndrome hyperkinétique (akathisie, tasikinésie) .... 1 point
  - o dyskinésies tardives .... 1 point
  - o confusion mentale .... 1 point
  - o abaissement du seuil épileptogène .... 1 point
- autres
- effets cardiaques .... 1 point
  - o hypotension orthostatique .... 1 point
  - o troubles du rythme .... 1 point
  - o torsades de pointes .... 1 point
- effets digestifs .... 1 point
  - o hyposialie .... 1 point
  - o constipation .... 1 point
- effets métaboliques et endocriniens .... 1 point
  - o prise de poids .... 1 point
- dysménorrhée .... 1 point
  - o hyperprolactinémie .... 1 point
  - o troubles sexuels .... 1 point
- trouble de l'accommodation .... 1 point
- accidents allergiques et toxiques .... 1 point
- photosensibilité .... 1 point
- effets psychologiques : passivité, dépression, confusion .... 1 point
- syndrome malin des neuroleptiques .... 2 points

Question 3
13 points

Comment surveillez-vous l'efficacité et la tolérance du traitement ?

- efficacité .... 1 point
  - régression de la symptomatologie délirante (critique du délire) .... 1 point
  - et dissociative .... 1 point
- tolérance .... 1 point
  - température .... 1 point
  - pouls .... 1 point
  - tension artérielle (couché et debout) .... 1 point
  - poids .... 1 point
  - effets neurologiques .... 1 point
  - effets neurovégétatifs .... 1 point
  - effets endocriniens .... 1 point
- éducation du patient .... 1 point
- règles hygiéno-diététiques .... 1 point

Question 4
12 points

Quel est votre diagnostic ? Quelle prise en charge proposez-vous ?

- dyskinésie aiguë aux neuroleptiques .... 4 points
- injection intramusculaire .... 2 points
  d'antiparkinsonien anticholinergique .... 2 points
  Tropatépine LEPTICUR® 10 mg (1 ampoule) .... 2 points
- surveillance de l'efficacité : régression des symptômes en 20 minutes .... 2 points

Question 5
10 points

Quelle complication suspectez-vous ?

- syndrome malin des neuroleptiques .... 10 points

Question 6
15 points

Quels arguments cliniques et paracliniques recherchez-vous en faveur d'un tel diagnostic ?

- hyperthermie sous neuroleptique ....2 points
- absence d'étiologie organique...2 points
- syndrome extrapyramidal : rigidité, contractures ....2 points
- déshydratation avec sueurs et tachycardie........................2 points
- confusion...1 point
- convulsions..1 point
- élévation des CPK plasmatiques ....2 points
- hyperleucocytose..2 points
- troubles hydoélectrolytiques ....1 point

Question 7
16 points

Quel est le traitement d'une telle complication ?

- urgence vitale..2 points
  - car risque de décès ....2 points
  - par collapsus cardiovasculaire...1 point
  - trouble du rythme cardiaque ....1 point
  - et insuffisance rénale ....1 point
- transfert en service de soins intensifs.................................2 points
- arrêt immédiat des neuroleptiques ....2 points
- pose d'une voie d'abord veineuse......................................1 point
- correction des troubles hydroélectrolytiques.......................1 point
- prescription de Dantrolène DANTRIUM® ....0,5 point
- parfois recours aux sismothérapies ....0,5 point
- surveillance clinique et biologique ....2 points

COMMENTAIRES

Ce dossier strictement thérapeutique permet d'aborder les différentes modalités du traitement par neuroleptique. En effet, les dossiers de psychiatrie à l'internat sont susceptibles de présenter des questions portant spécifiquement sur les aspects médicamenteux de la prise en charge, surtout en fin de dossier. Il convient donc de bien connaître pour chaque classe médicamenteuse (antidépresseurs sérotoninergique et tricycliques, neuroleptiques classiques, benzodiazépines, thymorégulateurs et hypnotiques) les règles de prescription (Références médicales opposables si elles existent), les contre-indications, le bilan pré-thérapeutique, les modalités du traitement (posologie, durée) et les règles de surveillance, tant sur l'efficacité que sur la tolérance.

Dossier 25

Monsieur T., âgé de 35 ans, vous consulte sur les conseils de son médecin du travail. Il vient d'être licencié suite à de nombreux retards constatés depuis plusieurs mois sur son lieu de travail. Monsieur T. vous explique que s'il arrive en retard c'est parce qu'il prend beaucoup de temps pour se laver le matin, s'habiller et quitter son domicile. En effet, tous les matins, il se douche plusieurs fois, avec des savons différents, craignant de ne pas être propre et de sentir mauvais. Il passe environ une heure à choisir ses vêtements, hésitant longuement, les repassant plusieurs fois s'il les trouve trop froissés pour être portés. Avant de quitter son domicile, il vérifie consciencieusement que l'arrivée de gaz est bien fermée, que les robinets ne gouttent pas et que les volets sont clos. Il lui arrive de revenir plusieurs fois sur ses pas afin de contrôler qu'il n'a rien oublié. Il va à son travail à pieds, car les transports en commun « sont des endroits où l'on attrape des microbes ». Ses comportements lui prennent de plus en plus de temps et expliquent ses retards répétés au travail. Il vous dit : « tout cela est stupide, je sais que cela ne sert à rien, mais si j'essaye d'aller plus vite, je suis stressé toute la journée ».

Question 1 Faites l'analyse sémiologique de cette observation.

Question 2 Quel diagnostic retenez-vous ?

Question 3 Proposez-vous un traitement médicamenteux ? Si oui, lequel ?

Question 4 Existe-t-il des mesures thérapeutiques complémentaires ?

Question 5 Quelles sont les complications possibles de ce trouble ?

Après trois mois de traitement par Fluoxétine (PROZAC®) 20 mg/j, Monsieur T. ne ressent aucune amélioration.

Question 6 Quelles sont les stratégies thérapeutiques envisageables ?

Après plusieurs semaines de traitement par inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sans efficacité, vous décidez d'instaurer un traitement par Clomipramine (ANAFRANIL®).

Question 7 Quelles contre-indications avez-vous éliminé ?

Question 8 Quels sont les effets secondaires les plus fréquents de ce traitement ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
28 points

Faites l'analyse sémiologique de cette observation.

- obsessions ....4 points
  - o pensées récurrentes et persistantes ....2 points
  - o intrusives et inappropriées..2 points
  - o ayant un caractère pénible et absurde ....1 point
  - o qu'il est impossible de chasser ....2 points
  - o types : idéatives et phobiques ....2 points
  - o thèmes : ordre, contamination, doute..........................3 points
- compulsions...4 points
  - o comportement répétitif ....2 points
  - o que le sujet est contraint d'accomplir ....1 point
  - o répondant à une obsession...1 point
  - o de caractère absurde..1 point
  - o que le sujet ne peut s'empêcher d'avoir sous peine d'angoisse..1 point
  - o types : lavage, vérification ....2 points

Question 2
9 points

Quel diagnostic retenez-vous ?

- trouble obsessionnel et compulsif (TOC) ....9 points

Question 3
13 points

Proposez-vous un traitement médicamenteux ? Si oui, lequel ?

- oui ....2 points
- instauration du traitement en ambulatoire.......................2 points
  ou en hospitalisation si nécessaire...NC
- traitement antidépresseur ....2 points
  - o tricycliques :
    Clomipramine ANAFRANIL® jusqu'à 300 mg/j ....1 point
  - o ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : ....1 point
    Fluoxétine PROZAC® 40 à 60 mg/j ....1 point
- surveillance de l'efficacité clinique..................................2 points
- surveillance de la tolérance médicamenteuse..................2 points

Question 4
5 points

Existe-t-il des mesures thérapeutiques complémentaires ?

- oui .... 1 point
- prise en charge psychothérapeutique .... 2 points
  - o thérapie comportementale et cognitive .... 2 points
  - o psychanalyse .... NC

Question 5
16 points

Quelles sont les complications possibles de ce trouble ?

- épisode dépressif .... 2 points
- tentative de suicide .... 2 points
- alcoolisme .... 2 points
- toxicomanie .... 2 points
- consommation excessive de psychotropes .... 2 points
- évolution vers un autre trouble anxieux .... 2 points
- troubles psychosomatiques (HTA, ulcère, coronaropathie) .... 2 points
- désinsertion socioprofessionnelle .... 2 points

Question 6
6 points

Quelles sont les stratégies thérapeutiques envisageables ?

- en première intention : augmentation du traitement antidépresseur actuel .... 3 points
- sinon : changement de classe d'antidépresseur (tricycliques) .... 3 points

Question 7
10 points

Quelles contre-indications avez-vous éliminé ?

- glaucome à angle fermé .... 2 points
- hypertrophie prostatique .... 2 points
- insuffisance cardiaque .... 1 point
- troubles du rythme .... 1 point
- bloc auriculo-ventriculaire .... 1 point
- infarctus du myocarde .... 1 point
- hypersensibilité .... 1 point
- association aux IMAO .... 1 point

Question 8
13 points

Quels sont les effets secondaires les plus fréquents de ce traitement ?

- tachycardie .... 1 point
- hypotension orthostatique .... 1 point
- tremblements .... 1 point
- dysarthrie .... 1 point
- sécheresse buccale .... 1 point
- constipation .... 1 point
- dysurie .... 1 point
- rétention urinaire .... 1 point
- troubles de l'accommodation .... 1 point
- prise de poids .... 1 point
- crises convulsives .... 1 point
- confusion mentale .... 1 point
- virage maniaque de l'humeur .... 1 point

COMMENTAIRES

Ce dossier décrit un tableau classique de Trouble obsessionnel compulsif (TOC), marqué par des obsessions de propreté, de contamination et d'ordre, un doute exagéré, des compulsions de lavage et de vérification. Le TOC est appelé névrose obsessionnelle quand il est associé à une personnalité obsessionnelle. Cette terminologie n'est pas encore complètement abandonnée et nécessite donc d'être connue. La personnalité obsessionnelle associe classiquement : un sens excessif du détail, une tendance au doute, un perfectionnisme, une méticulosité, une rigidité, une avarice, une tendance au collectionnisme et une dévotion excessive pour le travail. Elle peut être prémorbide du TOC, mais ce n'est pas systématique. Le TOC est une affection psychiatrique, appartenant à la catégorie des troubles anxieux et touche 2 à 4 % de la population générale. Il présente une évolution classiquement chronique avec un début avant 25 ans et peut interférer de manière considérable sur la vie sociale, professionnelle et affective du patient. Le symptômes peuvent fluctuer en intensité durant le cours évolutif de la maladie. Parfois, le TOC s'associe à des tics ou au syndrome de Gilles de la Tourette (tic moteur, coprolalie, vocalisations complexes). Les complications à redouter sont principalement le risque dépressif et suicidaire, les conduites addictives et la désinsertion socio-professionnelle. Le traitement est basé sur les antidépresseurs : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou tricycliques (clomipramine, ANAFRANIL®) dont la posologie recommandée est supérieure à celle habituellement utilisée dans le cadre des épisodes dépressifs. Le traitement doit être maintenu un à deux ans. Son efficacité doit être jugée au bout de 4 à 12 semaines. Un complément indispensable est apporté par les thérapies cognitives et comportementales (TCC) : exposition *in vivo* avec prévention de la réponse ritualisée, relaxation. La psychanalyse peut également présenter un intérêt dans la prise en charge des patients.

Dossier 26

Monsieur C., âgé de 53 ans, sans antécédent psychiatrique, est conduit aux urgences par la police car il a été retrouvé déambulant dans les rues en criant en plein milieu de la nuit. À son arrivée aux urgences, le patient est très agité et agressif, cherchant à frapper les policiers et les infirmiers. Il secoue le brancard sur lequel vous l'avez installé et hurle des mots qui n'ont aucun sens. Il ne répond à aucune des questions que vous lui posez.

Question 1 Quel diagnostic syndromique portez-vous ?

Question 2 Quelle est votre prise en charge immédiate aux urgences ?

Question 3 Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

Question 4 Quels examens complémentaires prescrivez-vous ?

Monsieur C. fait alors une crise d'épilepsie tonico-clonique.

Question 5 Quelle est votre prise en charge immédiate ?

L'épouse de Monsieur C. arrive aux urgences et vous apprend que son mari est un grand fumeur, suivi en pneumologie pour une image suspecte du lobe inférieur droit.

Question 6 Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question 7 Vers quel service orientez-vous ce patient ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
8 points

Quel diagnostic syndromique portez-vous ?

- état d'agitation aigu ....8 points

Question 2
24 points

Quelle est votre prise en charge immédiate aux urgences ?

- urgence diagnostique et thérapeutique ....1 point
- abord relationnel (attitude calme et rassurante, isoler le patient)...2 points
- contention si nécessaire (surveillance)................................2 points
- examen physique et bilan complémentaire à la recherche d'une organicité ....4 points
- traitement d'une cause organique ....3 points
- sédation, idéalement après élimination d'une étiologie organique ....3 points
- traitement médicamenteux : voie orale sinon parentérale (intramusculaire) ....2 points
- en cas d'agitation mineure : benzodiazépines (Clorazépate TRANXÈNE®) ....2 points
- sinon neuroleptique sédatif d'action rapide (Loxapine LOXAPAC®) ....2 points
- surveillance clinique, pouls, tension artérielle, conscience ....3 points

Question 3
16 points

Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

- tension artérielle, pouls, température, SaO_2, glycémie capillaire ....5 points
- examen clinique complet..2 points
- et surtout neurologique (signes de localisation, raideur méningée, signe de traumatisme crânien, réactivité des pupilles, reflexes ostéo-tendineux, signe de Babinski) ....4 points
- désorientation temporo-spatiale, confusion mentale...........2 points
- altération de l'état général ....1 point
- haleine (prise d'alcool, acido-cétose) ....1 point
- état cutané (traces d'injection, plaie)..................................1 point
- auscultation cardio-pulmonaire ....1 point
- examen de l'abdomen ....1 point

Question 4 Quels examens complémentaires prescrivez-vous ?

21 points

- NFS, plaquettes, VS .... 3 points
- ionogramme sanguin .... 1 point
- fonction rénale et hépatique .... 2 points
- glycémie .... 1 point
- calcémie .... 1 point
- alcoolémie .... 2 points
- recherche de toxiques urinaires et plasmatiques .... 2 points
- éventuellement dosage de CO .... 1 point
- ECG .... 2 points
- EEG si réalisable et selon contexte .... 2 points
- ponction lombaire si réalisable et selon contexte .... 2 points
- scanner cérébral avec et sans injection si réalisable et selon contexte .... 2 points

Question 5 Quelle est votre prise en charge immédiate ?

15 points

- urgence thérapeutique .... 3 points
- mise en position latérale de sécurité .... 2 points
  retrait des prothèses dentaires, canule de Guédel .... 2 points
- benzodiazépines : Clonazépam RIVOTRIL® 1 ampoule à 1 mg IVL, sinon IM .... 3 points
- à renouveler en fonction de l'efficacité clinique .... 2 points
- pose d'une voie d'abord veineuse dès la sédation de la crise .... 1 point
- surveillance clinique .... 2 points

Question 6 Quel diagnostic suspectez-vous ?

12 points

- état d'agitation aigu .... 3 points
- avec crise d'épilepsie secondaire .... 3 points
- sur métastase cérébrale .... 3 points
- d'un cancer bronchopulmonaire .... 3 points

Question 7
4 points

Vers quel service orientez-vous ce patient ?

- **après sédation de la crise d'épilepsie ....2 points**
- **orientation vers un service de neurologie ou neurochirurgie ....2 points**

COMMENTAIRES

L'*état d'agitation* aigu est un syndrome qui ne présage en aucun cas de son étiologie (organique ou psychiatrique). L'orientation diagnostique doit être avant tout organique, avant d'être psychiatrique, y compris s'il s'agit d'un patient présentant des antécédents de troubles mentaux. Un patient schizophrène, même s'il a déjà présenté des épisodes d'agitation, doit être rigoureusement examiné sur le plan physique avant de considérer qu'il s'agit d'une « agitation psychiatrique ». Le bilan organique doit être d'autant plus rigoureux qu'il s'agit d'un patient sans antécédent psychiatrique comme dans ce dossier. Dans ce cas, les antécédents somatiques du patient peuvent donner une orientation diagnostique (par exemple : antécédent de diabète, de néoplasie, de maladie métabolique, de troubles hydroélectrolytiques). Les étiologies organiques d'agitation sont multiples, l'examen clinique et le bilan complémentaire doivent permettre de les éliminer. Il faut également savoir qu'un état d'agitation se prend en charge d'abord aux urgences et que l'orientation du patient ne sera décidée qu'une fois les différents examens réalisés. Si le bilan organique est normal, ce sont les éléments cliniques d'observation ou d'interrogatoire qui permettent l'orientation diagnostique (trouble de l'humeur, idées délirantes, dissociation, prise de toxiques, trouble de la personnalité, névroses).

Dossier 27

Monsieur R., 20 ans, est hospitalisé en service de psychiatrie, adressé par son médecin de famille pour « repli, clinophilie et syndrome dépressif ».

À l'entretien Monsieur R. vous apparaît « bizarre » : il semble absent, passif vis-à-vis des décisions prises par ses proches. Il n'existe pas de trouble de la vigilance.

Sur un ton froid, il explique « qu'il est là car il dort trop dans les espaces et que de fait il ne voit pas à l'école du jour ». Il existe des suspensions brusques de son discours sans qu'il ne semble s'en apercevoir.

Ses parents relatent une perte du rendement scolaire depuis 3 ans, avec un isolement social croissant bien qu'« il a toujours été solitaire ». Ils attribuent cela à la « crise d'adolescence ». Parfois il ne parle plus des heures puis se met à crier des mots qu'il semble seul comprendre.

Monsieur R. ne vous apparaît pas triste, sans éléments de culpabilité ni d'idéation suicidaire. Les parents rapportent des moments où il apparaît tendu et agité sans qu'ils n'en devinent la raison. Il peut être proche de sa mère mais il l'a déjà « bousculée » sans raison.

Vous ne mettez pas non plus en évidence d'hallucinations ni d'organisation délirante structurée.

Il n'y a aucun point d'appel pour une pathologie organique, et le patient n'a jamais pris de produits illicites. Il fume 2 paquets de cigarettes par jour.

Question 1 Quels sont les éléments sémiologiques dont vous disposez ?

Question 2 Quel est le diagnostic à évoquer ?

Question 3 Quelle prise en charge médicamenteuse préconisez-vous ?

Question 4 Quelles autres mesures thérapeutiques envisagez-vous ?

Question 5 Quel est le pronostic de cette forme clinique par rapport aux autres formes ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
30 points

Quels sont les éléments sémiologiques dont vous disposez ?

- on retrouve au premier plan un syndrome dissociatif.........2 points
  - o apparent dans le fonctionnement intellectuel ....2 points
  - o la vie affective ....2 points
  - o le comportement...2 points
- fonctionnement intellectuel
  - o cours de la pensée : pensée floue ....1 point
  - o troubles du débit idéique (barrage).................................1 point
  - o système verbal : mutisme ....1 point
  - o impulsions verbales..1 point
  - o schizophasies (symbolique personnelle du discours).......1 point
  - o néologismes ....1 point
  - o système logique altéré : rationalisme morbide.................1 point
  - o trouble de l'attention et de la concentration....................1 point
  - o relâchement des associations donnant un discours allusif et hermétique (peu compréhensible) ....1 point
- au niveau vie affective
  - o indifférence : athymhormie ....1 point
  - o réactions émotives inappropriées, paradoxales, imprévisibles..1 point
  - o ambivalence importante ....1 point
- au niveau comportemental
  - o bizarrerie de contact ....1 point
  - o apragmatisme ....1 point
  - o négativisme psychomoteur : oppositionnisme ....1 point
  - o impénétrabilité des motifs de certains actes.....................1 point
- tendance au repli sur soi...1 point
  avec probable personnalité schizoïde prémorbide ....1 point
- absence de syndrome délirant au premier plan ....1 point
- dysfonctionnement dans les activités sociales, professionnelles et personnelles...1 point
- durée : signes présents depuis au moins 6 mois ....2 points

Question 2
15 points

Quel est le diagnostic à évoquer ?

- schizophrénie ....5 points
  - o de type hébéphrénique ....5 points
  - o devant la prédominance du syndrome dissociatif...........3 points
  - o et de la tendance au repli sur soi ....2 points

Question 3
20 points

Quelle prise en charge médicamenteuse préconisez-vous ?

- chimiothérapie neuroleptique
  (neuroleptique classique ou atypique) ....6 points
- recherche de la posologie minimale efficace.....................3 points
- privilégier monothérapie ....3 points
- si angoisse ou agitation importante ....1 point
  utilisation initiale d'un autre neuroleptique ....1 point
  ou d'une benzodiazépine..1 point
  à visée sédative ....1 point
- surveillance efficacité et tolérance ....4 points

Question 4
25 points

Quelles autres mesures thérapeutiques envisagez-vous ?

- psychothérapie ....5 points
  - o psychothérapie de soutien..2 points
  - o thérapie institutionnelle ....1 point
  - o entretien avec la famille..1 point
- sociothérapie ....5 points
  - o favoriser ou maintenir insertion sociale ....5 points
  - o mesures de protection des biens si nécessaire
    (curatelle, tutelle)..2 points
  - o demande de ressources minimales
    (Allocation adulte handicapée) ....1 point
  - o hôpital de jour ....1 point
  - o et reprise de travail en milieu protégé (COTOREP) ....1 point
  - o adapter les projets aux capacités du sujet.......................1 point

Question 5
10 points

Quel est le pronostic de cette forme clinique par rapport aux autres formes ?

- pronostic global des schizophrénies
  - o 10 % de suicide ....1 point
  - o 1/3 est capable de mener une vie normale ....1 point
  - o 1/3 présente des symptômes caractéristiques
    mais compatibles avec vie sociale ....1 point
  - o 1/3 présente évolution défavorable marquée par
    de nombreuses hospitalisations (10 % nécessiteraient
    une prise en charge institutionnelle au long cours)..........1 point
- pronostic moins bon ....2 points
  - o pour la forme hébéphrénique en raison d'une plus
    mauvaise réponse au traitement médicamenteux...........2 points
  - o et aux mesures sociothérapeutiques...............................2 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique présente une forme clinique typique de schizophrénie hébéphrénique dont le début est généralement plus précoce et plus insidieux que la forme paranoïde. La tolérance du milieu familial est souvent importante avec un diagnostic porté de manière retardé alors qu'une prise en charge précoce (médicamenteuse et sociale) semble pouvoir améliorer le pronostic global.

L'utilisation des antipsychotiques atypiques apparaît intéressante du fait de leur meilleure tolérance neurologique, en recherchant la posologie minimale efficace.

Il convient de savoir repérer, hors milieu psychiatrique chez des sujets jeunes, une personnalité schizoïde, des manifestations dépressives atypiques, des préoccupations corporelles envahissantes ou encore des symptômes névrotiques inhabituels chez des sujets jeunes pour en suivre l'évolution et orienter les parents le plus précocement vers un avis spécialisé.

Dossier 28

Un patient de 44 ans vous est adressé par une association prenant en charge les patients toxicomanes pour sevrage aux benzodiazépines. Il prend en effet 40 comprimés de Xanax par jour depuis plusieurs mois.

Cette consommation s'est instaurée progressivement quelques mois après la mise en place d'un traitement de substitution pour sa dépendance aux opiacés.

Sa demande apparaît motivée. Il vous explique également qu'il doit repasser prochainement devant le juge.

Question 1 Quels sont les deux principaux traitements de substitution aux opiacés ?

Question 2 Quelles sont les modalités de leur prescription ?

Question 3 Quels sont les symptômes de sevrage aux benzodiazépines ?

Question 4 Quelles sont les modalités du sevrage que vous allez proposer ?

Question 5 Quels principes doit respecter le médecin pour éviter d'engendrer de telles dépendances ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quels sont les deux principaux traitements de substitution aux opiacés ?

- méthadone chlorhydrate (MÉTHADONE®)......................10 points
- buprénorphine (SUBUTEX®)..10 points

Question 2
20 points

Quelles sont les modalités de leur prescription ?

- MÉTHADONE® : initiée en centre spécialisé......................5 points
  - avec prescription sur ordonnance sécurisée à 7 jours (stupéfiant) ....3 points
  - contrôles urinaires réguliers...1 point
  - possible relais par médecin de ville et dispensation par pharmacien d'officine.......................1 point
- Buprénorphine (SUBUTEX®) : peut être initié par tout médecin..5 points
  - sur ordonnance sécurisée ....3 points
  - avec prescription limitée à 28 jours.................................1 point
  - au mieux dans le cadre d'une pratique de réseau ....1 point

Question 3
20 points

Quels sont les symptômes de sevrage aux benzodiazépines ?

- souvent après des traitements pris pendant plus de trois mois...2 points
- dans un délai de 1 à 10 jours (selon molécule) après l'arrêt..4 points
- intensité variable, plus importante si demi-vie courte ....2 points
- anxiété, irritabilité, troubles du sommeil.............................3 points
- douleurs diffuses (myalgies), troubles digestifs, sueurs, tremblements ....4 points
- troubles sensoriels, possibles hallucinations avec syndrome confusionnel...3 points
- crises comitiales ....2 points

Question 4
20 points

Quelles sont les modalités du sevrage que vous allez proposer ?

- jamais d'arrêt brutal ....5 points
- soit réduction par pallier du produit habituel ....7 points
- soit substitution par benzodiazépine
  à demi-vie longue (VALIUM®, RIVOTRIL®)
  avec baisse par palier sur plusieurs semaines ....8 points

Question 5
20 points

Quels principes doit respecter le médecin pour éviter d'engendrer de telles dépendances ?

- respect des RMO
  - o durée de prescription limitée à 12 semaines ....4 points
  - o dose minimale efficace ....2 points
  - o pas d'utilisation de deux benzodiazépines ....2 points
- évaluation précise de l'indication
  des benzodiazépines (pathologie et risque addictif) ....4 points
- traitement le cas échéant de la pathologie sous-jacente ....4 points
- information du patient (risque de dépendance) ....4 points

COMMENTAIRES

Ce dossier montre un cas particulier de dépendance aux benzodiazépines chez un sujet à risque de polydépendances. Il souligne plus généralement les difficultés que peut représenter la prescription de telles molécules en population générale avec le double aspect de limiter la durée de prescription pour éviter les phénomènes de tolérance et de dépendance physique ainsi que l'importance d'un traitement adapté de la symptomatologie sous-jacente.

Il convient de connaître les principes du sevrage à l'aide de molécules à demi-vie longue, des équivalences doses peuvent être précisées pour nous aider : il est estimé que 10 mg de diazépam équivalent à 30 mg d'oxazépam, 2 mg de lorazépam, 1 mg d'alprazolam et 15 mg de chlorazépate. On peut recommander une baisse de 50 % de la dose initiale la première semaine puis par palier de 25 % (de la dose en cours) sur les semaines suivantes.

À noter également la fréquence des manifestations de sevrage observées en milieu hospitalier lors des « nettoyages de pancartes » pouvant se traduire par des crises d'épilepsies, des épisodes d'agitation avec ou sans épisodes confusionnels. La reprise d'une benzodiazépine amende rapidement le trouble et l'anamnèse révèle souvent une utilisation ancienne (mois voire années). Il convient alors d'envisager un sevrage progressif et le cas échéant, un traitement adapté du trouble sous-jacent (dépression, trouble anxieux).

Dossier 29

On vous demande de voir Monsieur X. âgé de 24 ans hospitalisé depuis 24 h aux urgences (lits porte) pour une demande de sevrage aux opiacés.

Vous apprenez que l'hospitalisation fait suite à un épisode de coma calme avec myosis rapidement résolutif sous traitement spécifique.

Lorsque vous le voyez, le patient présente quelques sueurs, semble tendu et se plaint de douleurs musculaires.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable de l'épisode aigu et les signes que vous auriez pu trouver ?

Question 2 Quel est le principe du traitement en urgence ?

Question 3 Quel est le diagnostic actuel et quels autres signes cliniques recherchez-vous ?

Question 4 Quelles sont les autres principales dépendances à évaluer dans votre entretien ? Pourquoi ?

Question 5 Quelles sont les modalités de sevrage que vous pouvez proposer ?

Question 6 Quels éléments recherchez-vous pour orienter votre choix ?

Question 7 Quels sont les principes généraux de la prise en charge des addictions ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quel est le diagnostic le plus probable de l'épisode aigu et les signes que vous auriez pu trouver ?

- overdose aux opiacés .... 5 points
- diagnostic : triade de l'overdose
  - o myosis serré bilatéral .... 3 points
  - o coma .... 2 points
  - o dépression respiratoire .... 5 points

Question 2
15 points

Quel est le principe du traitement en urgence ?

- traitement : urgence médicale, pronostic vital en jeu .... 5 points
- soins de réanimation avec intubation et ventilation .... 5 points
- antidote
  - o Naloxone (NARCAN® : 1 ampoule 0,4 mg en intraveineuse lente) .... 3 points
  - o renouvelable .... 1 point
  - o adapté à la fréquence respiratoire .... 1 point

Question 3
20 points

Quel est le diagnostic actuel et quels autres signes cliniques recherchez-vous ?

- syndrome de sevrage à l'héroïne .... 5 points
- peut être précipité par l'usage du NARCAN® .... 5 points
- on pourrait retrouver
  bâillements, larmoiements, rhinorrhée
  mydriase, sueurs, piloérection, angoisse
  contractions musculaires, irritabilité, insomnie
  nausées, frissons, diarrhée, vomissement
  déshydratation, tachycardie
  hypertension artérielle .... 1 point par item, max. 10 points

Question 4
10 points

Quelles sont les autres principales dépendances à évaluer dans votre entretien ? Pourquoi ?

- alcool, tabac, cannabis, cocaïne, benzodiazépines .... 5 points (1 point par item)
- car la polydépendance est la règle .... 2 points
- prévention d'autres manifestations de sevrage .... 2 points
- et début prise en charge globale .... 1 point

Question 5
20 points

Quelles sont les modalités de sevrage que vous pouvez proposer ?

- sans utilisation simultanée d'un agoniste opiacé ....3 points
- en milieu hospitalier..2 points
- traitements spécifique (contre hyperfonctionnement adrénergique) Clonidine (CATAPRESSAN®)......................3 points
  sous surveillance de la tension artérielle ....1 point
  arrêt au 8e jour...1 point
- traitement symptomatique
  - antalgique,...0,5 point
  - spasmolytique,..0,5 point
  - antinauséeux,..0,5 point
  - antidiarrhéique...0,5 point
  - sédatifs et hypnotique en évitant si possible benzodiazépines ....1 point
  - stimuler l'hydratation per os...2 points
- mise en place d'un traitement de substitution ....1 point
  - en ambulatoire..1 point
  - ou hospitalier..1 point
  - par buprénorphine (SUBUTEX®)......................................1 point
  - ou méthadone chlorhydrate (MÉTHADONE®)................1 point

Question 6
10 points

Quels éléments recherchez-vous pour orienter votre choix ?

- demande et motivation du sujet..2 points
- comorbidités somatiques et psychiatriques.........................4 points
- bilan social : degré de désocialisation ....2 points
- type et importance des codépendances.............................2 points

Question 7
10 points

Quels sont les principes généraux de la prise en charge des addictions ?

- alliance thérapeutique ....1 point
- prise en charge pluridisciplinaire ....2 points
- évaluation psychopathologique..1 point
- évaluation de la dépendance au produit.............................1 point
- évaluation des codépendances (tabac, alcool, opiacés, benzodiazépines, cocaïne, amphétamine, hallucinogènes)...1 point
- évaluation sociale ....1 point
- évaluation somatique (clinique et paraclinique) ....1 point
- évaluer l'opportunité du sevrage : « au nom de qui ? » (patient, entourage, justice...), « dans quel but ? », « À quel produit ? » (sevrage sélectif ou simultané) « Quand ? » ....1 point
- négociation du projet : contrat de soin, cadre dans lequel il va se dérouler (ambulatoire, hospitalier) ......1 point

COMMENTAIRES

Ce dossier montre l'importance de penser face à un coma calme à l'overdose à l'héroïne car la prise en charge en est simple. L'anamnèse et la recherche de trace d'injection peut orienter le diagnostic. La question qui se pose ensuite en pratique est celle de la prise en charge de la dépendance au décours d'un épisode aiguë ; il convient alors d'évaluer la motivation du sujet ainsi que les conséquences médicales et bien sûr l'environnement psychosocial ; la décision peut alors être d'une sortie simple en passant par le sevrage hospitalier ou la mise en place d'un traitement de substitution. Des comorbidités somatiques et psychiatriques importantes relèvent davantage d'une prise en charge de celles-ci en hospitalisation avec mise en place d'un traitement de substitution. Une désocialisation importante relève d'une substitution ambulatoire avec soutien psychosocial pour renforcer l'inscription sociale du patient avant d'envisager tout arrêt de produit dans de bonnes conditions de réussite. La prise en charge simultanée de plusieurs dépendances ne doit pas être exclue. Il convient de retenir l'importance de l'alliance thérapeutique et de la prise en charge globale du sujet qui doit être associé aux décisions, gage de réussite à long terme.

Dossier 30

« Vous ne pouvez pas savoir Docteur le nombre de slips sales et souillés que Julien cache dans toute la maison. La semaine dernière, il a même été renvoyé à la maison pendant la journée après s'être souillé en classe à deux reprises ; et pourtant c'est un excellent élève ». Julien, âgé de 8 ans, n'a toujours pas acquis la propreté anale. L'entretien clinique, bien que peu précis, vous laisse à penser que Julien pourrait souffrir d'une encoprésie. Vous ne notez aucun antécédent médical et chirurgical particulier. L'examen somatique semble normal en dehors d'une constipation chronique, résistante aux mesures diététiques suggérées par le médecin généraliste (fruits, légumes, hydratation suffisante). Le côlon vous paraît à la palpation rempli de matière fécale, mais ne semble pas distendu. Julien a une croissance staturo-pondérale normale.

Question 1 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'encoprésie ?

Question 2 Quelles sont les sous-types cliniques et évolutifs de l'encoprésie ?

Question 3 Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer ?

Question 4 Quels sont les examens complémentaires à pratiquer ?

Question 5 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence d'une encoprésie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
25 points

Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'encoprésie ?

- émissions fécales répétées dans des endroits inappropriés (sur le sol ou sur ses vêtements) ....10 points
- plus d'une fois par mois pendant au moins 3 mois.............5 points
- le plus souvent involontaires, parfois délibérées ....5 points
- chez l'enfant de plus de 4 ans ou d'âge mental de 4 ans pour ceux ayant un retard développemental ......5 points

Question 2
20 points

Quelles sont les sous types-cliniques et évolutifs de l'encoprésie ?

- cliniques
  - o avec constipation et incontinence par débordement : constipation évidente à l'examen clinique, selles typiquement mal formées, pertes continues diurnes et nocturnes ....5 points
  - o sans constipation ni incontinence par débordement : absence de constipation à l'examen, selles formées de consistance normale, pertes intermittentes ....5 points
- évolutifs
  - o sous-type primaire : le patient n'a jamais atteint la continence fécale ; la plus fréquente, de bon pronostic.5 points
  - o sous-type secondaire : survient après une période de propreté complète d'au moins un an, le plus souvent entre 5 et 8 ans......................................5 points

Question 3
15 points

Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer ?

- incontinence anale traumatique (post-opératoire) ou malformative (aplasie sacrée) ....5 points
- diarrhée chronique...5 points
- maladie de Hirschsprung..5 points

Question 4
10 points

Quels sont les examens complémentaires à pratiquer ?

- systématiquement, abdomen sans préparation de face (constipation, fécalome) ....5 points
- suivant le contexte clinique : manométrie anorectale, temps de transit segmentaire, biopsie par aspiration de la muqueuse (rectale) pour éliminer une maladie de Hirschprung..5 points

Question 5 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence d'une encoprésie ?

30 points

- mesures générales (correction des mesures éducatives trop rigides) et psychothérapie de soutien (brève prenant la forme d'entretiens répétés) ....5 points
- mesures comportementales
  - o régime alimentaire équilibré (fibres suffisantes apport hydrique adapté)..5 points
  - o suppression du fécalome, traitement des fissures anales ....5 points
  - o éviter les interventions et manipulations agressives et intempestives (lavements, laxatifs) ....5 points
  - o entraînement à la propreté et la régularité ....5 points
- en cas d'encoprésie sévère, technique de bio-feed back avec rééducation du réflexe anorectal inhibiteur, contrôle de la motricité...5 points

COMMENTAIRES

Ce dossier n'est pas un dossier très classique en psychiatrie. Cependant, il peut très facilement être un dossier transnosographique. Ce dossier est ici traité selon l'axe psychiatrique. Cependant, il peut également être traité selon l'axe gastro-entérologique. Si la maladie de Hirschprung est à évoquer, elle n'en reste pas moins une rareté, surtout diagnostiqué à 7 ans... À noter que l'exploration anale systématique par un toucher anorectal est souvent traumatisant et majore souvent l'encoprésie fonctionnelle. S'il s'agit d'une encoprésie primaire, ne pas multiplier les explorations inutiles. Un cliché d'ASP est le plus souvent suffisant.

Pour la question thérapeutique, les mesures comportementales et éducatives sont les plus importantes à retenir. Il est cependant classique de préciser dans la question la nécessité d'une thérapie individuelle. Même si en pratique, les enfants ont dans cette situation beaucoup de mal à élaborer.

Dossier 31



Un homme de 27 ans est adressé en psychiatrie, en provenance d'un service de chirurgie où il a été admis après une tentative de suicide par section de l'artère radiale. Il est tendu, craintif, il ne peut rester assis. Il présente des balancements du tronc.

À d'autres moments, sa déambulation s'interrompt, il tend l'oreille, fixe un endroit dans la pièce, puis marmonne quelques mots incompréhensibles.

Il évoque pêle-mêle des ordres qui lui sont donnés, la nécessité de se tuer.

Son discours s'interrompt fréquemment sans mener à terme l'idée développée.

Les parents expliquent qu'il reste des heures à ne rien faire dans le noir dans sa chambre où il interdit à toute personne de pénétrer. Il ne se lave plus et dégage une odeur nauséabonde. Il se lève la nuit et va manger des aliments crus dans le réfrigérateur. Il a quitté l'école à 14 ans et a échoué à une tentative de CAP dont il n'a obtenu que la partie pratique. Il a régulièrement consommé du cannabis à la fin de l'adolescence. Cela lui permettait « d'accepter son reflet dans la glace, sans appréhension » dit-il.

Question 1 Quels sont les symptômes à relever dans ce fragment d'observation ?

Question 2 Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question 3 Le malade refuse d'être hospitalisé. Quelle décision doit être prise et quelles en sont les modalités ?

Question 4 Quels sont les éléments du projet thérapeutique à court terme ?

Question 5 Quel bilan doit être réalisé avant de mettre en application un traitement ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
25 points

Quels sont les symptômes à relever dans ce fragment d'observation ?

- délire paranoïde ....2 points
  - o délire non systématisé (abstrait, flou, bizarre) ....1 point
  - o mécanisme hallucinatoire ....1 point
  - o hallucinations auditives avec probable automatisme mental ....1 point
  - o thèmes multiples ....1 point
  - o possession, influence, persécution ....1 point
- syndrome dissociatif ....2 points
  - o trouble du cours de la pensée ....1 point
  - o avec pensée floue, bizarre, diffluence rationalisme morbide (raisonnement pseudo-logique) ....1 point
  - o au niveau des affects : absence d'émotion et ton monocorde ....1 point
  - o athymhormie ....1 point
  - o ambivalence affective ....1 point
  - o perturbation de l'image du corps (dysmorphophobie) ....1 point
  - o discordance comportementale : stéréotypies gestuelles ....1 point
- repli sur soi avec apragmatisme ....4 points
- dépendance au cannabis à visée auto-thérapeutique ....2 points
- absence de conscience des troubles ....1 point
- évolution depuis plus de 6 mois ....2 points

Question 2
20 points

Quel diagnostic évoquez-vous ?

- schizophrénie ....4 points
- paranoïde ....4 points
  - o car association d'un délire paranoïde ....1 point
  - o d'un syndrome dissociatif ....1 point
  - o et d'un repli sur soi ....1 point
  - o évoluant depuis plus de 6 mois ....1 point
- absence d'étiologie organique ....4 points
- absence de troubles de l'humeur (notamment maniaque) ....4 points

Question 3 Le malade refuse d'être hospitalisé. Quelle décision doit être prise et quelles en sont les modalités ?

25 points

- hospitalisation .... 2 points
  à la demande d'un tiers .... 3 points
  en urgence et en service de psychiatrie
  car déni des troubles .... 2 points
  refus de soins .... 2 points
  et risque auto et hétéroagressif possible .... 2 points
  article L-3212.1 .... 1 point
  ou L-3212.3 (si péril imminent) .... 1 point
  loi du 27 juin 1990 .... 1 point
- 2 certificats médicaux circonstanciés .... 1 point
  datant de moins de quinze jours .... 2 points
  un seul si péril imminent .... 2 points
  précisant la nécessité d'une hospitalisation
  sans consentement .... NC
- demande manuscrite d'un tiers .... 2 points
- certificat médical de 24 heures .... 1 point
  par médecin du service d'accueil différent
  de celui qui a fait certificat initial .... 1 point
- certificat de quinzaine .... 1 point
- certificats mensuels
  (le premier à J45 de l'hospitalisation) .... 1 point

Question 4 Quels sont les éléments du projet thérapeutique à court terme ?

20 points

- chimiothérapie neuroleptique (neuroleptique classique ou atypique) ....4 points
  - o posologie minimale efficace ....2 points
  - o privilégier monothérapie, ...2 points
  - o si angoisse ou agitation importante ....1 point
  - o utilisation initiale d'un autre neuroleptique ou d'une benzodiazépine à visée sédative......................1 point

- psychothérapie ....1 point
  - o psychothérapie de soutien ....1 point
  - o thérapie institutionnelle..NC
  - o entretien avec la famille...1 point

- sociothérapie ....1 point
  - o favoriser ou maintenir insertion sociale..........................2 points
  - o mesures de protection des biens si nécessaire (curatelle, tutelle) ....1 point
  - o demande de ressources minimales (Allocation adulte handicapée) ....1 point
  - o envisager hôpital de jour et reprise de travail en milieu protégé (COTOREP) ....1 point
  - o adapter projets aux capacités du sujet............................1 point

Question 5 Quel bilan doit être réalisé avant de mettre en application un traitement ?

20 points

Anamnèse et examen clinique à la recherche des contre-indications

- absolues
  - o glaucome à angle fermé (non traité) ....1 point
  - o coma hypoglycémique, éthylique et barbiturique............1 point
  - o hypersensensibilité connu au produit ....1 point
  - o grossesse (sauf chlorpromazine) ....1 point
  - o démence à corps de Lewy ....1 point
- relatives
  - o adénome de la prostate..1 point
  - o porphyrie ....1 point
  - o sclérose en plaques lors d'une poussée évolutive............1 point
  - o insuffisance hépatique ou rénale ....1 point
- bilan minimal
  - o ionogramme sanguin ....1 point
  - o avec fonction rénale ....2 points
  - o bilan hépatique ....2 points
  - o NFS, plaquettes ....2 points
  - o ECG avec évaluation espace QT.....................................2 points
  - o test de grossesse chez la femme ....2 points

COMMENTAIRES

Ce dossier présente un cas de « schizophrénie simple » regroupant les trois axes cliniques de la schizophrénie (syndrome dissociatif, syndrome délirant et repli sur soi). Le début en a été insidieux avec un délai de prise en charge entre le début probable des troubles et les soins très long. Les questions sont classiques : sémiologie, diagnostic, mode d'hospitalisation et principe du traitement. Deux points sont intéressants à souligner : la fréquence de l'utilisation de substance psychoactive à visée de soulagement des symptômes qui aurait pu introduire une question sur le cannabis ; la question du geste suicidaire qui ne se situe pas ici dans un contexte dépressif mais dans un contexte délirant. Des dépressions peuvent cependant exister dans l'évolution d'une schizophrénie. Ce type de schizophrénie peut avoir une évolution déficitaire avec des moments de recrudescence anxio-délirante.

Dossier 32

Vous êtes appelé au chevet de M. Bernard C., 78 ans, hospitalisé en Médecine interne suite à un accident vasculaire cérébral ischémique. On suspecte chez ce patient un syndrome dépressif et on souhaiterait avoir votre avis avant sa sortie prévue le lendemain. Il souffre d'une légère hémiplégie droite séquellaire, sans conséquence fonctionnelle majeure. Le service a pris soin de mettre en place la visite quotidienne d'une infirmière à son domicile ainsi que celle d'une aide ménagère deux fois par semaine. Vous apprenez à l'entretien que ce monsieur vit seul depuis le décès de sa femme il y a 5 ans et qu'il n'a pas d'enfant. Il aurait déjà fait deux épisodes dépressifs sévères à 29 et à 31 ans suite, dit-il, à des ennuis professionnels et une tentative de suicide à 34 ans à la suite du décès soudain et inexpliqué de son père. Il ne fume pas mais dit parfois consommer du vin de manière excessive. Vous ne retrouvez pas de syndrome dépressif franc ni d'idéation suicidaire. Il vous dit éprouver tout de même des difficultés à s'endormir.

Question 1 Quels sont les éléments de ce dossier classiquement retenus comme étant des facteurs de risque suicidaire ?

Question 2 Pensez-vous qu'il faille poursuivre l'hospitalisation dans un service de psychiatrie ? Argumentez.

Six mois plus tard, vous êtes contacté par son médecin traitant qui a constaté chez ce patient des troubles qui n'existaient pas quand vous l'aviez vu en consultation : difficultés mnésiques, péjoration de l'avenir, impression d'inutilité et que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, idées suicidaires sans désir de passage à l'acte, asthénie et perte de 3 kg.

Question 3 Que redoutez-vous ? Quelle doit être la conduite thérapeutique ?

Quatre semaines après la mise en route de votre thérapeutique, l'état du patient continue de se dégrader. Il ne mange plus, boit peu, perd encore du poids. Il ne dort presque plus. Il arrive à murmurer péniblement qu'il est las de vivre, qu'il a bien mérité tout cela, et qu'il n'en serait sans doute pas là s'il n'avait pas jadis trompé son épouse.

Question 4 Quelle évolution péjorative craignez-vous ?

Question 5 Quelle(s) thérapeutique(s) pouvez-vous mettre en œuvre ?

Huit semaines plus tard, le patient est à nouveau normothymique. Vous souhaitez entreprendre un traitement thymorégulateur.

Question 6 Que pouvez-vous lui proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
22 points

Quels sont les éléments de ce dossier classiquement retenus comme étant des facteurs de risque suicidaire ?

- sexe masculin..2 points
- âge avancé..2 points
- veuf..2 points
- isolement..2 points
- abus d'alcool..2 points
- antécédent de tentative de suicide..4 points
- antécédent d'épisode dépressif..4 points
- comorbidité somatique, d'autant plus qu'elle concerne le système nerveux central..2 points
- doute sur antécédent familial de suicide..2 points

Question 2
10 points

Pensez-vous qu'il faille poursuivre l'hospitalisation dans un service de psychiatrie ? Argumentez.

- l'hospitalisation n'est pas nécessaire..5 points
- plus que l'absence de syndrome dépressif, c'est l'absence d'idées suicidaires qui autorise ce choix..5 points

Question 3
21 points

Que redoutez-vous ? Quelle doit être la conduite thérapeutique ?

- apparition d'un épisode dépressif majeur avec idéation suicidaire ....5 points
- hospitalisation ....5 points
- traitement antidépresseur ....5 points
- éviter les tricycliques en première intention, privilégier les antidépresseurs de la famille des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) type DÉROXAT® ou des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNA) type EFFEXOR®, per os, à posologie d'emblée efficace ....2 points
- traitement d'attaque (3 à 4 semaines) avec évaluation hebdomadaire de la thymie et de la tolérance ....2 points
- augmentation de la posologie si réponse thérapeutique partielle au bout de 6 semaines ou changement de thérapeutique à n'importe quel moment si aggravation psychique et/ou somatique ....2 points

Question 4
16 points

Quelle évolution péjorative craignez-vous ?

- apparition d'un tableau de mélancolie délirante ....16 points

Question 5
17 points

Quelle(s) thérapeutique(s) pouvez-vous mettre en œuvre ?

- hospitalisation à la demande d'un tiers si maintien de l'hospitalisation libre impossible ....5 points
- le traitement par Électro-convulsivo-thérapie (ECT) paraît être la stratégie thérapeutique la plus adaptée (chimiorésistance, aggravation tant de l'état psychique que somatique) ; un accident vasculaire cérébral de plus de six mois n'en constitue pas une contre-indication ....6 points
- si présence d'une quelconque contre-indication à l'emploi des ECT, changement de traitement antidépresseur (autre classe thérapeutique) ; il peut être possible d'employer les tricycliques ; il convient alors de débuter le traitement à faible posologie en surveillant tolérance et efficacité ....6 points

Question 6
14 points

Que pouvez-vous lui proposer ?

- **sismothérapie de maintenance ....7 points**
- **traitement antidépresseur au long cours.............................7 points**

COMMENTAIRES

Certaines situations en psychiatrie imposent l'hospitalisation d'emblée, au besoin sous contrainte, à la fois en raison de leur gravité (mélancolie délirante, menace de raptus anxieux, bouffées délirantes aiguës...), mais aussi en raison du risque suicidaire connu pour y être souvent rattaché. Toutes les autres situations méritent d'être évaluées avant de prendre la décision d'hospitaliser ; le patient a-t-il des idées suicidaires ? Nécessite-t-il d'être soigné en milieu hospitalier ? Si le patient verbalise des idées suicidaires ou si l'on a de bonnes raisons de penser qu'il les tait, alors l'inventaire des facteurs de risque peut permettre d'orienter la décision du thérapeute vers une hospitalisation et d'éventuellement justifier une mesure de contrainte. Enfin, il est bon de rappeler que l'hospitalisation est contre-indiquée dès l'instant où elle n'est pas indiquée, de surcroît chez le sujet âgé. À défaut de l'hospitaliser, il convenait, dans ce dossier, de s'assurer de l'existence d'un suivi par un médecin traitant. Le traitement thymorégulateur s'impose devant ce qui s'apparente manifestement à un Trouble dépressif récurrent. Dans les suites du traitement d'attaque (de préférence par électro-convulsivothérapie, on l'a dit), le relais peut se faire soit par électro-convulsivothérapie de maintenance (le plus souvent mensuelles), soit par traitement antidépresseur. Le choix se fera en tenant compte des préférences du patient et de la qualité des précédentes réponses thérapeutiques.

Dossier 33

Monsieur P., cadre de 32 ans, est marié, a deux enfants en bonne santé, de nombreuses activités sportives et culturelles et un emploi du temps surchargé. Il est adressé par son médecin généraliste en raison d'une hypertension artérielle et d'un ulcère gastro-duodénal. Monsieur P. ne comprend pas bien pourquoi son médecin généraliste lui a recommandé de consulter un psychiatre. Il vous dit qu'il n'est pas fou, que tout va bien dans sa vie, même s'il avoue être souvent fatigué en raison de ses multiples activités. Cela retentit parfois dans son travail : il ne se sent pas assez performant. Alors il « met les bouchées doubles » en travaillant encore plus. Il y a plusieurs mois son médecin a posé le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal et plus récemment a mis en évidence une hypertension artérielle. Ces deux troubles ont évolué favorablement avec une prise en charge médicamenteuse. Mais le médecin généraliste a émis l'hypothèse que ces deux troubles seraient liés au « stress ». Monsieur P. a alors décidé de faire du yoga et de prendre des tisanes tranquillisantes. Malgré cela, il vient vous consulter car « il sent qu'il pourrait aller mieux ».

Question 1 Quel diagnostic psychiatrique est le plus probable ?

Question 2 Donnez la définition de ce trouble.

Question 3 Quel est le risque en posant ce diagnostic ? Que vérifiez-vous donc systématiquement ?

Question 4 Quels sont les principes de la prise en charge ?

Question 5 Exceptés l'ulcère gastro-duodénal et l'hypertension artérielle, pouvez-vous donner d'autres manifestations de ce trouble ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quel diagnostic psychiatrique est le plus probable ?

- troubles psychosomatiques .... 10 points

Question 2
15 points

Donner la définition de ce trouble.

- trouble somatique pour lequel .... 5 points
  - o soit les facteurs psychologiques jouent un rôle majeur dans son étiologie ou son entretien .... 5 points
  - o soit les facteurs psychologiques jouent un rôle dans son développement .... 5 points

Question 3
26 points

Quel est le risque en posant ce diagnostic ? Que vérifiez-vous donc systématiquement ?

- le risque est de considérer ces troubles comme exclusivement psychiatriques et de ne pas réaliser un bilan clinique et paraclinique complet .... 10 points
- fibroscopie œso-gastro-duodénale .... 5 points
- NFS, plaquettes .... 3 points
- bilan de coagulation .... 3 points
- surveillance de la tension artérielle .... 5 points

Question 4
30 points

Quels sont les principes de la prise en charge ?

- déculpabiliser et rassurer le patient....................................2 points
- double prise en charge : médicale et psychiatrique...........5 points
- traitement spécifique de l'affection (antihypertenseurs, antiulcéreux) ....5 points
- traitement anxiolytique en cas d'anxiété (durée courte).....3 points
- traitement antidépresseur en cas de symptômes de la lignée dépressive...2 points
- mais limiter l'abus et la dépendance aux psychotropes......2 points
- psychothérapie (psychanalyse, hypnose, relaxation thérapie cognitive)...2 points
- règles hygiéno-diététiques ....3 points
  - o arrêt des excitants (tabac, café, alcool, thé) ....2 points
  - o sports...2 points
  - o relaxation ....2 points

Question 5
19 points

Exceptés l'ulcère gastro-duodénal et l'hypertension artérielle, pouvez-vous donner d'autres manifestations de ce trouble ?

- cardiaque : coronaropathie..3 points
- gastro-intestinales : rectocolite hémoragique, colopathie fonctionnelle ....3 points
- pulmonaire : asthme ....3 points
- allergies ....3 points
- affections endocriniennes : diabète ....3 points
- douleurs chroniques ....2 points
- migraines ....2 points

COMMENTAIRES

Le trouble psychosomatique regroupe un ensemble d'affections somatiques en rapport avec des troubles psychologiques. Il peut prendre différentes formes dont les plus connues sont l'ulcère gastro-duodénal, l'asthme, les coronaropathies et l'hypertension artérielle. Plusieurs précautions doivent être prises lors du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique : prescrire les examens complémentaires et les traitements médicamenteux à bon escient, limiter les hospitalisations, sources de iatrogénie. Attention : il ne s'agit pas de médicaliser à outrance, sans prise en charge psychiatrique, un patient présentant un trouble psychosomatique, mais pas plus de s'abstenir volontairement d'examens complémentaires essentiels ou de traitement étiologique. La prescription de tout traitement psychotrope devra être discutée au cas par cas, en fonction de l'importance du retentissement anxieux et dépressif, en se méfiant du risque de dépendance aux psychotropes. Il faut toujours avoir à l'esprit que la prise en charge thérapeutique est double et complémentaire. Il est à noter que l'on retrouve chez les patients souffrant de trouble psychosomatique des traits communs de personnalité : capacités limitées de mentalisation, imaginaire limité, passivité et dépendance (patient hypertendu et ulcéreux).

Dossier 

Aurélie, âgée de 10 ans, est en CM2. Ses parents l'amènent en consultation car malgré un QI supérieur à la normale, Aurélie a des difficultés scolaires importantes. Le bilan psychologique récent a cependant montré que les résultats aux tests de rétention de chiffres, calcul mental et codage des symboles, étaient bien inférieur à ses performances aux autres tests de la batterie du QI. Le bilan orthophonique ne retrouve pas de difficultés spécifiques, si ce n'est un niveau globalement faible touchant l'expression écrite. En classe, Aurélie paraît s'ennuyer, rêveuse, et a du mal à rester à son bureau. Elle est impulsive, répond aux questions de l'institutrice sans y être autorisée, s'énerve facilement à la moindre frustration avec ses copines. À la maison, elle passe beaucoup de temps à son travail scolaire. Cependant, ses parents constatent qu'elle fait de nombreuses fautes d'étourderies, qu'elle a du mal à retenir ses leçons malgré de réels efforts. Elle a d'ailleurs une excellente mémoire pour des détails de la vie quotidienne que les autres membres de la famille oublient. Elle dit avoir du mal à rester cependant à son bureau sans penser à toute autre chose que ses devoirs.

Un Trouble hyperactif avec déficit de l'attention (THDA) prédominant est suspecté.

Question 1 Quelles les caractéristiques cliniques principales de ce trouble en règle général ? Quels sont les symptômes dans l'observation qui vous orientent vers ce diagnostic ?

Question 2 Quels sont les principaux diagnostics différentiels à éliminer ?

Question 3 Quels sont les examens complémentaires systématiques à réaliser ?

Question 4 Quelles sont les principales complications d'un tel trouble ?

Question 5 Quelles sont les mesures psychothérapeutique et psycho-éducative à mettre en place ?

Question 6 Quelle est l'attitude chimiothérapeutique à adopter devant la présence d'un THDA en première attention ? Précisez les principaux effets indésirables, la posologie habituelle et les contre-indications de ce traitement.

Question 7 Quelles sont les particularités de la prescription du methylphénidate ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quelles les caractéristiques cliniques principales de ce trouble en règle général ? Quels sont les symptômes dans l'observation qui vous orientent vers ce diagnostic ?

- impulsivité ....4 points
  - « Elle est impulsive, répond aux questions de l'institutrice sans y être autorisée, s'énerve facilement à la moindre frustration avec ses copines » ....1 point
- difficulté attentionnelle ....4 points
  - « qu'elle fait de nombreuses fautes d'étourderies qu'elle a du mal à retenir ses leçons malgré de réels efforts » ...0,5 point
  - « elle dit avoir du mal à rester cependant à son bureau sans penser à toute autre chose que ses devoirs » le patient semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement...0,5 point
  - « en classe, Aurélie parait s'ennuyer, rêveuse et a du mal à rester à son bureau » ....0,5 point
  - « que les résultats aux tests de rétention de chiffres, calcul mental et codage des symboles, étaient bien inférieurs à ses performances aux autres tests de la batterie du QI » ....0,5 point
- absence de retard mental, et de difficultés spécifiques du langage...4 points

Question 2
10 points

Quels sont les principaux diagnostics différentiels à éliminer ?

- autres troubles du comportement : troubles des conduites, trouble oppositionnel avec provocation.......5 points
- épisode dépressif sévère ....5 points

Question 3
5 points

Quels sont les examens complémentaires systématiques à réaliser ?

- aucun...5 points

Question 4
20 points

Quelles sont les principales complications d'un tel trouble ?

- chronicisation du trouble (20 %).......................................5 points
- troubles des conduites ....5 points
- abus de substance ....5 points
- déscolarisation plus précoce et mauvaise insertion (pour un niveau social et intellectuel équivalent) ....5 points

Question 5
15 points

Quelles sont les mesures psychothérapeutique et psycho-éducative à mettre en place ?

> - guidance parentale et thérapie familiale............................5 points
> - psychothérapie individuelle...5 points
> - aide éducative si nécessaire
>   (Aide éducative en milieu ouvert – AEMO).......................5 points

Question 6
20 points

Quelle est l'attitude chimiothérapeutique à adopter devant la présence d'un THDA en première attention ? Précisez les principaux effets indésirables, la posologie habituelle et les contre-indications de ce traitement.

> - Méthylphénidate (Ritaline®) en 1re intention......................5 points
> - posologie : 0,5 à 1 mg/kg par jour à répartir
>   en 2 prises, à introduire progressivement...........................5 points
> - contres-indications : âge inférieur à 6 ans,
>   antécédent personnel ou familial syndrome de Gilles
>   de la Tourette (relative), antécédent de dépendance
>   médicamenteuse ou toxicomanie, hyperthyroïdie,
>   affections cardio-vasculaires sévères, glaucome,
>   IMAO non sélectifs, femme en âge de procréer
>   en l'absence de contraception, grossesse ....5 points
> - effets indésirables : insomnie, anorexie et perte de poids,
>   irritabilité, maux de tête et d'estomac, tachycardie et HTA,
>   diminution de la courbe de croissance ....5 points

Question 7
15 points

Quelles sont les particularités de la prescription du méthylphénidate ?

> - prescription par un psychiatre
>   ou neurologue hospitalier ....5 points
> - ordonnance renouvelable 2 fois par un médecin
>   non hospitalier..5 points
> - prescription sur ordonnance sécurisée : dosage,
>   durée du traitement en toutes lettres, pour une durée
>   de 28 jours maximum..5 points

COMMENTAIRES

Il s'agit d'un cas clinique extrêmement classique. Aucune surprise donc, et la structure de ce cas clinique est typique. Une première partie où l'on vous demande de connaître votre sémiologie, et une seconde partie où il faut connaître les principes de base du traitement médicamenteux dans ce trouble. C'est un des rares troubles en pédopsychiatrie où il est important de connaître les règles de prescription d'un traitement. Connaître les modalités de prescription du méthylphénidate vous permettra également de répondre aux questions portant sur le traitement de la maladie de Gélineau (narcolepsie).



Dossier 35

Monsieur Z. âgé de 38 ans, est amené aux urgences par la police qui l'a interpellé alors qu'il menaçait son voisin avec un des sabres de sa collection.

À l'entretien le patient est calme, la présentation soignée, le discours cohérent. Il admet les faits, dit qu'il voulait juste faire peur et ne comprend pas pourquoi il a été interpellé. En effet depuis plusieurs semaines ce voisin aurait cherché à lui nuire en le regardant de travers dans les escaliers, lui aurait même détruit la boîte aux lettres et tenté de forcer la serrure de l'appartement. Il refuse d'ailleurs de vous en dire plus, et veut appeler son avocat pour que justice soit faite.

Vous recevez alors un appel de la mère du patient qui connaît les problèmes de voisinage de son fils. Elle pense qu'« il va un peu trop loin » surtout depuis son divorce. Il se plaint de plusieurs personnes du quartier qui voudrait lui faire du tort, ce qui étonne la mère.

Elle décrit son fils comme quelqu'un de sérieux, reconnu dans son travail de comptable même s'il est un peu têtu. Elle pense également qu'il a été victime d'un complot dans son ancien travail mais qu'il s'en est bien sorti en s'installant à son compte.

Question 1 Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question 2 Faut-il hospitaliser ce patient ?

Question 3 Quel mode d'hospitalisation faut-il choisir ?

Question 4 Quelles en sont les modalités ?

Question 5 Quel traitement allez-vous mettre en place ?

Question 6 Quelles sont les évolutions possibles ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel diagnostic évoquez-vous ?

- délire de type paranoïaque car ....5 points
  - délires non dissociatifs..3 points
  - en secteur avec extension en réseau ....3 points
  - mécanisme principalement interprétatif..........................2 points
  - bonne adaptation à la réalité...2 points
- délire d'interprétation (« de Sérieux et Capgras ou folie raisonnante ») ....5 points

Question 2
10 points

Faut-il hospitaliser ce patient ?

- oui car ....5 points
  - degré d'adhésion au contenu délirant ....2 points
  - persécuteur désigné ....2 points
  - sthénicité avec multiplication des revendications ....1 point

Question 3
10 points

Quel mode d'hospitalisation faut-il choisir ?

- hospitalisation d'office..5 points
  car les troubles mentaux compromettent
  l'ordre public ou la sûreté des personnes...........................2 points
- article L-3213.1 ....1 point
  ou L-3213.2 (si urgence)...1 point
  selon la loi du 27 juin 1990 ....1 point

Question 4
20 points

Quelles en sont les modalités ?

- arrêté prononcé par le préfet de police à Paris
  et par les représentants de l'État dans les départements ...5 points
- au vu d'un certificat médical circonstancié
  par un médecin ....3 points
  non nécessairement psychiatre ....1 point
  qui ne peut exercer dans l'établissement d'accueil ....2 points
- le préfet doit informer dans les 24 h
  le procureur de la République..........2 points
  le maire du domicile ....1 point
  et la famille de la personne hospitalisée..........1 point
- certificat de 24 h par psychiatre de l'établissement..........2 points
- certificat de quinzaine..........2 points
- certificats ensuite mensuels
  (le premier à J30 de l'hospitalisation)..........1 point

Question 5
20 points

Quel traitement allez-vous mettre en place ?

- chimiothérapie neuroleptique (classique ou atypique).......6 points
- posologie minimale efficace..........3 points
- privilégier monothérapie..........3 points
- si angoisse ou agitation importante..........1 point
  utilisation initiale d'un autre neuroleptique..........1 point
  ou benzodiazépine..........1 point
  à visée sédative..........1 point
- éventuel relais par une forme retard..........2 points
- surveillance tolérance et efficacité..........2 points

Question 6
20 points

Quelles sont les évolutions possibles ?

- réaction agressive envers persécuteurs..........3 points
- stabilité à bas bruit..........3 points
- poursuite de l'extension en réseau..........3 points
- réaction dépressive
  (et risque suicidaire non négligeable)..........4 points
- alcoolo-dépendance et autres conduites addictives..........4 points
- guérison rare, mais phases de rémission..........3 points

COMMENTAIRES

Les délires de type paranoïaque sont des délires systématisés en secteur ou en réseau. Il s'agit ici d'un délire d'interprétation. Les autres délires de type paranoïaque sont le délire de relation (paranoïa sensitive de Kretschmer) et les délires passionnels (les plus fréquents dans les dossiers d'internat). Leur logique interne peut, comme dans ce cas, nécessiter la confrontation avec un tiers extérieur pour confirmer le caractère délirant des propos. Le passage à l'acte hétéro-agressif est toujours possible surtout lorsqu'il existe un persécuteur désigné. La modalité d'hospitalisation de choix est l'hospitalisation d'office qui fait intervenir l'autorité judiciaire ce qui peut déjà avoir un effet thérapeutique en soi. Le traitement repose sur la prise de neuroleptiques (classique ou atypique) afin de mettre le délire à distance. La personnalité pré-morbide le plus souvent retrouvée est la personnalité paranoïaque qui se caractérise par une hypertrophie du moi, une rigidité avec autoritarisme et une méfiance, sans idées délirantes. Il ne faut jamais négliger dans l'évolution la dépression avec un risque autoagressif non négligeable ainsi que la fréquence de l'usage de l'alcool à visée autothérapeutique, dont il faudra prévenir le sevrage. À l'inverse il n'est pas rare que la prise en charge d'une alcoolo-dépendance révèle un trouble de la personnalité de type paranoïaque voire une véritable psychose paranoïaque.

Enfin, il faut rappeler l'importance en psychiatrie de connaître les modalités d'hospitalisation, dont les articles de loi, qui sont en général pris en compte dans la notation.

Dossier 36

Mlle Christine G., 27 ans, est conduite aux urgences par Police Secours. Elle est miraculeusement rescapée d'un terrible accident de la route dans lequel les trois personnes qui se trouvaient dans le véhicule qu'elle a percuté ont péri. Elle aurait perdu le contrôle de son véhicule en tentant d'attraper son téléphone portable qui sonnait. Pendant l'entretien, elle est mutique, fixe le sol, perplexe, et ne répond à vos questions que par un hochement de tête. Elle ne cesse de pleurer et son faciès laisse apercevoir une profonde détresse. Soudainement, elle profère à votre encontre des insultes et des propos orduriers, crache dans votre direction et quitte votre bureau en courant ; le personnel des urgences parvient à la retenir et la ramène dans votre salle de consultation.

Question 1 Quel est votre diagnostic ?

Question 2 Détaillez votre conduite thérapeutique. Jugez-vous l'hospitalisation nécessaire ?

Question 3 En quoi le trouble du comportement qu'elle présente pendant votre consultation vous renseigne-t-il sur l'éventuelle psychopathologie de cette jeune femme ?

Six mois plus tard, alors que les choses étaient rentrées dans l'ordre en moins de 48 h, Christine G. se plaint de cauchemars incessants dans lesquels elle revit la catastrophe. Du fait d'une asthénie importante, son médecin traitant lui a prescrit un arrêt de travail. D'ailleurs, ses journées sont régulièrement entrecoupées de moments d'angoisse massive où le scénario de l'accident vient inexorablement se dérouler dans ses pensées. Elle ne veut plus sortir de chez elle, ne pouvant plus supporter les bruits de la ville qui la font, dit-elle, sursauter sans cesse et ainsi accroître son désarroi.

Question 4 Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

Question 5 Quelle prise en charge thérapeutique faut-il lui proposer ?

Question 6 Quelle modalité évolutive péjorative de ce trouble faut-il craindre ? Quels en sont les principaux symptômes ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel est votre diagnostic ?

- **état de stress aigu ....20 points**

Question 2
18 points

Détaillez votre conduite thérapeutique. Jugez-vous l'hospitalisation nécessaire ?

- **prescription d'une benzodiazépine PO (ou IM si impossibilité de l'administrer *per os*) par exemple XANAX® 0,50 mg : 1 cp PO (ou une ampoule de TRANXENE® 50 mg en IM) ....10 points**
- **surveillance au calme, avec proximité permanente d'un soignant, le temps que le traitement soit efficace ....4 points**
- **l'hospitalisation de courte durée (type service porte des urgences) peut être utile si le traitement anxiolytique s'avère peu ou pas efficace ou si l'entourage de la patiente ne permet pas un accompagnement psychologique à son domicile ....4 points**

Question 3
10 points

En quoi le trouble du comportement qu'elle présente pendant votre consultation vous renseigne-t-il sur l'éventuelle psychopathologie de cette jeune femme ?

- **cet épisode ne contribue aucunement à un quelconque diagnostic psychopathologique ....10 points**

Question 4 Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?
17 points

- état de stress post-traumatique ....5 points
- phase de latence (ou d'« incubation ») ....3 points
- syndrome de répétition associant : cauchemars en rapport avec l'accident et reviviscences diurnes du traumatisme ....3 points
- réactions de sursaut...3 points
- souffrance cliniquement significative avec altération du fonctionnement social et professionnel..........................3 points

Question 5 Quelle prise en charge thérapeutique faut-il lui proposer ?
16 points

- prise en charge psychothérapeutique spécifique : séances de « débriefing » dans le but de provoquer une libération émotionnelle permettant l'atténuation progressive des symptômes...10 points
- éviter au maximum la prescription de benzodiazépines (risque de dépendance) ....2 points
- proposer un hypnotique non benzodiazépinique type IMOVANE®, 1 cp au coucher, en respectant la durée maximale de prescription fixée à 4 semaines......4 points

Question 6 Quelle modalité évolutive péjorative de ce trouble faut-il craindre ? Quels en sont les principaux symptômes ?
19 points

- Il faut craindre l'apparition d'un Épisode dépressif majeur :..10 points
  - tristesse de l'humeur, anhédonie éventuellement idées suicidaires....................................3 points
  - ralentissement psychomoteur, altérations cognitives (troubles mnésiques, baisse de la concentration) ....3 points
  - symptômes somatiques tels que perte de poids anorexie, asthénie, insomnie, baisse de la libido ....3 points

COMMENTAIRES

L'état de stress aigu intervient généralement dans les suites immédiates de l'événement traumatisant ; il peut en théorie survenir jusqu'à 4 semaines après l'événement. Son tableau, assez polymorphe sur le plan psychique (de la simple anxiété avec sensation de « brouillard » à la sidération anxieuse et aux troubles du comportement, comme c'est le cas dans ce dossier), associe toujours des troubles neurovégétatifs tels que tremblements, bouche sèche, tachycardie, sursauts, hypervigilance. Il régresse classiquement en 2 jours à 4 semaines. Il est important de savoir que la présence de troubles du comportement (agressivité, errances pathologiques) ou d'une éventuelle amnésie dissociative ne renseignent pas sur la présence d'une quelconque psychopathologie sous-jacente. Le raptus anxieux (risque de comportements auto-agressifs, voire suicidaires) en est la principale complication qu'il faut prévenir au maximum, au besoin par une brève hospitalisation ne nécessitant le plus souvent aucune mesure de contrainte. La précocité de la prise en charge spécialisée des états de stress post-traumatiques (séances de « débriefing ») représente un facteur important concourant à l'efficacité thérapeutique. Il faut enfin savoir que la dépression complique environ 60 % des états de stress post-traumatiques et qu'il faut donc prendre soin de la rechercher. Attention à l'abus de tranquillisants (qu'il faut absolument éviter de prescrire) et de substances (alcool, cannabis) particulièrement fréquents chez ces patients.

Dossier 37

Madame B., âgée de 28 ans, souffre d'un trouble bipolaire de type I. Elle a présenté deux épisodes dépressifs à l'âge de 18 ans et 21 ans et un épisode maniaque à l'âge de 27 ans. Elle désire être suivie en consultation afin de reprendre un traitement médicamenteux. En effet, elle a interrompu tout suivi et toute thérapeutique trois mois après la fin de son épisode maniaque.

Question 1 Quels traitements préventifs pouvez-vous lui proposer ?

Question 2 Vous décidez avec l'accord de la patiente d'instaurer un traitement par lithium.
Quelles sont les contre-indications à éliminer ?

Question 3 Prescrivez-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?

Question 4 Quelles sont les formes galéniques des sels de lithium ? Pour chacune, donnez la fourchette thérapeutique de la lithiémie.

Le traitement est instauré. Plusieurs mois après, Madame B. vous téléphone après s'être trompée dans la posologie de son traitement. Elle craint un surdosage.

Question 5 Quels en sont les signes ?

Question 6 Quelle surveillance minimale du traitement proposez-vous à Madame B. ?

Question 7 Quels sont les traitements médicamenteux dont l'association est déconseillée avec le lithium ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quels traitements préventifs pouvez-vous lui proposer ?

- **carbonate de lithium (TÉRALITHE®)....................................4 points**
  en première intention...2 points
- **carbamazépine (TÉGRÉTOL®)..2 points**
- **valpromide (DÉPAMIDE®)..2 points**

Question 2
14 points

Vous décidez avec l'accord de la patiente d'instaurer un traitement par lithium.
Quelles sont les contre-indications à éliminer ?

- **insuffisance cardiaque évoluée ....2 points**
- **insuffisance rénale..2 points**
- **déshydratation..2 points**
- **régime hypo ou désodé..2 points**
- **hyponatrémie...2 points**
- **premier trimestre de la grossesse ....2 points**
- **allaitement...2 points**

Question 3
20 points

Prescrivez-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?

- **oui ....3 points**
- **bilan cardiaque : ECG..2 points**
- **NFS, plaquettes, ionogramme plasmatique, VS**
  bilan hépatique ....5 points
- **bilan rénal : urée et créatinine plasmatiques**
  clairance de la créatinine, protéinurie, ECBU, HLM ....3 points
- **bilan thyroïdien : T4, TSH ultra sensible ....3 points**
- **EEG ....2 points**
- **test de grossesse chez les femmes en âge de procréer......2 points**

Question 4
16 points

Quelles sont les formes galéniques des sels de lithium ? Pour chacune, donner la fourchette thérapeutique de la lithiémie.

- **Téralithe 250 mg...3 points**
  comprimés..2 points
  0,6 à 0,8 mEq/l ....3 points
- **TÉRALITHE® LP400 mg..3 points**
  comprimés à libération prolongée ....2 points
  0,8 à 1,2 mEq/l ....3 points

Question 5
15 points

Quels en sont les signes ?

- au début
  - o soif .... 1 point
  - o diarrhée .... 1 point
  - o vomissements .... 1 point
  - o fasciculations musculaires.................................... 1 point
  - o myoclonies .... 1 point
- secondairement
  - o tremblements amples... 1 point
  - o dysarthrie.. 1 point
  - o confusion mentale .... 1 point
  - o crise convulsive .... 1 point
  - o coma .... 1 point
  - o décès... 1 point
- lithiémie supérieure à 1,5 mmol/l.. 2 points
- il s'agit d'une urgence médicale.. 2 points

Question 6
15 points

Quelle surveillance minimale du traitement proposez-vous à Madame B. ?

- lithiémie plasmatique .... 3 points
  tous les 6 mois .... 2 points
- créatininémie .... 3 points
  une fois par an .... 2 points
- TSH ultra-sensible... 3 points
  une fois par an .... 2 points

Question 7
10 points

Quels sont les traitements médicamenteux dont l'association est déconseillée avec le lithium ?

- anti-inflammatoires non stéroïdiens..................................... 2 points
- carbamazépine .... 2 points
- diurétiques .... 2 points
- inhibiteurs de l'enzyme de conversion .... 2 points
- neuroleptiques .... 2 points

COMMENTAIRES

Les dossiers de thérapeutique en psychiatrie ne sont pas des « classiques » de l'internat. Il est cependant courant qu'en fin de dossier de psychiatrie figure une question de thérapeutique : indication d'un traitement, bilan pré-thérapeutique, recherche de contre-indications, modalités de surveillance. Ce dossier permet de réviser rapidement les différentes questions de thérapeutique concernant le traitement par carbonate de lithium dans le trouble bipolaire.

Dossier 38

Concours région nord – 1993

Mme E., 24 ans, a accouché pour la première fois il y a deux mois dans des conditions satisfaisantes pour elle et son bébé (fille).

Depuis 5 à 6 semaines, elle perçoit plusieurs phénomènes qui vont en s'amplifiant. Elle se sent lasse, sans entrain, n'éprouvant aucun plaisir à ses loisirs habituels (jeux d'échecs). Elle est très anxieuse d'avoir peur de blesser sa fille lors des soins de toilette au point de demander à sa mère de les effectuer à sa place. Elle a essayé de reprendre progressivement son travail (pharmacien) mais n'y parvient pas ; son esprit reste « bloqué » : elle ne peut fixer son attention et se concentrer sur une tâche plus de quelques minutes.

Elle est très affectée par ce qui lui arrive, elle qui était « si dynamique et joviale ». Elle a presque honte de ne pas s'occuper de sa fille dans la joie. Elle se considère insuffisante pour les soins maternels. Elle comprend que cet état est anormal et espère beaucoup d'un traitement.

L'examen somatique est normal.

Question 1 Précisez les symptômes psychiatriques présents dans cette observation.

Question 2 Quel est le diagnostic nosographique ?

Question 3 Schématisez le traitement des deux premières semaines.

Question 4 En l'absence d'amélioration au terme des 3 premières semaines de traitement, quelle est la stratégie thérapeutique ?

Question 5 Schématisez les évolutions possibles à long terme.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
22 points

Précisez les symptômes psychiatriques présents dans cette observation.

- anhédonie ....2 points
  perte de l'élan vital ....2 points
- ralentissement psychique ....2 points
  trouble de l'attention ....2 points
  et de la concentration ....2 points
- apragmatisme ....2 points
- sentiment d'incapacité ....2 points
  de honte ....2 points
  d'indignité ....2 points
- asthénie ....2 points
- anxiété ....2 points

Question 2
15 points

Quel est le diagnostic nosographique ?

- épisode dépressif majeur caractérisé ....8 points
  du post-partum ....7 points

Question 3
25 points

Schématisez le traitement des deux premières semaines.

- traitement ambulatoire ....3 points
  sinon en hospitalisation (en cas d'idées suicidaires) ....1 point
- bilan clinique et paraclinique à la recherche
  d'une organicité (notamment hypothyroïdie) ....2 points
- traitement antidépresseur ....4 points
  inhibiteur de la recapture de la sérotonine ....2 points
  Paroxétine DEROXAT® 20 mg/j ....2 points
- arrêt de l'allaitement ....4 points
- traitement symptomatique de l'anxiété
  (benzodiazépine en cure courte) ....2 points
- suivi psychothérapeutique à mettre en place
  à distance de l'épisode aigu ....2 points
- surveillance de l'efficacité et de la tolérance ....3 points

Question 4
13 points

En l'absence d'amélioration au terme des 3 premières semaines de traitement, quelle est la stratégie thérapeutique ?

- augmentation du traitement par inhibiteur de la recapture de la sérotonine jusqu'à 60 mg/j de paroxétine ....4 points
- sinon changement de classe thérapeutique ....4 points
  - o inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline venlafaxine EFFEXOR®
  - o ou antidépresseurs tricycliques Clomipramine (ANAFRANIL®) ....1 point
- en l'absence de contre-indication ....2 points
  et avec une surveillance des effets indésirables ....2 points

Question 5
25 points

Schématisez les évolutions possibles à long terme.

- guérison de l'épisode en trois semaines environ ....3 points
- nécessité de maintenir le traitement...................................2 points
  pendant six mois minimum..2 points
  avec arrêt en fonction de la réponse clinique ....2 points
- évolution vers une psychose du post-partum
  syndrome confuso-onirique avec idées délirantes
  (risque de suicide et d'infanticide) ....4 points
- récidive lors d'une grossesse ultérieure..............................4 points
- évolution vers un trouble de l'humeur
  unipolaire ou bipolaire...4 points
- évolution vers une schizophrénie..4 points

COMMENTAIRES

Ce dossier ne pose aucun problème particulier. Il permet de garder en mémoire que tous les dossiers de troubles psychiatriques du post-partum ne sont pas des psychoses du post-partum (dossier fréquent). Ici, le diagnostic reste simple puisque le tableau clinique se constitue deux mois après l'accouchement (ce qui exclut le baby blues) et ne comporte pas d'idées délirantes ni de syndrome confuso-onirique (ce qui exclut la psychose du post-partum). Le traitement médicamenteux a recours en première intention aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine qui sont efficaces et bien tolérés. L'absence d'idées délirantes et la volonté de la patiente de se soigner permet d'instaurer le traitement en ambulatoire. Les antidépresseurs tricycliques pourront être utilisés en deuxième intention. Toujours penser à l'arrêt de l'allaitement maternel puisque les psychotropes diffusent dans le lait maternel.

Dossier 

Concours région sud - 1993

Un homme de 35 ans, éthylique chronique, est hospitalisé en urgence pour un delirium tremens. L'examen clinique est sans particularité en dehors d'un état d'agitation très important avec hallucinations effrayantes. Il existe également une plaie de l'arcade sourcilière gauche et un pli cutané. La température est à 37,8 °C. Le patient est hospitalisé et reçoit le traitement suivant : perfusion de glucosé (3 l/24 h), électrolytes, vitaminothérapie, fluphénazine (MODITEN®) 100 mg toutes les 3 heures par voie intramusculaire, lévomépromazine (NOZINAN®) une ampoule en IM 3 fois par jour.

Le lendemain, la température est à 38 °C, le patient est toujours confus mais moins agité et les hallucinations ont disparu. Le traitement est cependant poursuivi. Après 48 heures, le patient doit être hospitalisé en réanimation en raison d'une aggravation de l'état clinique. En effet, la température est à 41 °C, on note une obnubilation importante, une hypertonie diffuse. Le réflexe cutanéo-plantaire est en flexion. Le patient est couvert de sueurs profuses. La tension artérielle est à 90/65 mmHg et le pouls à 130/min.

La radiographie du thorax est normale. L'ECG montre une tachycardie sinusale. Un premier bilan biologique montre :

Na 147 mmol/l, créatinine 140 µmol/l, réserve alcaline 20 mmol/l, protidémie 80 g/l, ASAT 80 UI/l, ALAT 120 UI/l, hémoglobine 110 g/l, leucocytes 15 giga/l, taux de prothrombine 80 %, TCK témoin 32 s, patient 31 s.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable de la complication ?

Question 2 Quels sont les éléments cliniques en faveur de cette hypothèse ?

Question 3 Quels sont les éléments biologiques en faveur de ce diagnostic ?

Question 4 Quel examen biologique demandez-vous pour le confirmer ?

Question 5 Quels autres examens biologiques demandez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quel est le diagnostic le plus probable de la complication ?

- syndrome malin des neuroleptiques
  (ou hyperthermie maligne induite par les NLP)................15 points

Question 2
25 points

Quels sont les éléments cliniques en faveur de cette hypothèse ?

- administration actuelle des neuroleptiques
  (Moditen, Nozinan) ....4 points
- hyperthermie rapidement croissante jusqu'à 41 °C ....4 points
- troubles de la conscience avec obnubilation ....4 points
- hypertonie diffuse (syndrome extra-pyramidal)..................4 points
- sueurs profuses ....3 points
- hypotension artérielle et tachycardie sinusale....................3 points
- absence de signes de localisation (RCP en flexion)............3 points

Question 3
20 points

Quels sont les éléments biologiques en faveur de ce diagnostic ?

- hyperleucocytose..5 points
- augmentation des transaminases.......................................5 points
- signes de déshydratation :..5 points
  - o hypernatrémie ....2 points
  - o hyperprotidémie ....2 points
  - o augmentation de la criatininémie.....................................1 point

Question 4
15 points

Quel examen biologique demandez-vous pour le confirmer ?

- dosage de la créatine phospho-kinase totale : CPK ....15 points

Question 5
25 points

Quels autres examens biologiques demandez-vous ?

- NFS (hyperleucocytose), plaquettes..................................3 points
- kaliémie (hyperkaliémie) ....3 points
- glycémie ....3 points
- urée, ionogramme urinaire
  (bilan d'une insuffisance rénale fonctionnelle) ....3 points
- bilirubine, gamma GT, phosphatases alcalines...................3 points
- gaz du sang (acidose métabolique) ....3 points
- bilan phosphocalcique (hypocalcémie, hyperphosphorémie)..3 points
- hémocultures..2 points
- ECBU : diagnostic différentiel ....2 points

COMMENTAIRES

Ce dossier présente une prise en charge inadaptée d'un delirium tremens puisque celle-ci repose sur la prescription de benzodiazépines à forte dose en milieu de soins intensifs.

La complication suivante est un classique des dossiers sur les neuroleptiques, bien que très rare (< 0,5 %). Elle est de mauvais pronostic (> 20 % de mortalité). Sa prise en charge se fait en réanimation, le traitement repose sur le maintien des fonctions vitales avec réhydratation, correction des troubles hydroélectrolytiques et l'utilisation de Dantrolène IV (Dantrium) et de Bromocriptine (Parlodel) *per os*.

Il est classique de contre-indiquer les neuroleptiques au décours (si nécessité discuter l'utilisation de neuroleptique d'une autre classe) et les injections de neuroleptique retard.

Nous soulignons l'importance de poser ce diagnostic avec rigueur du fait des conséquences possibles en terme de thérapeutique chez les patients psychotiques, d'où l'importance des examens à la recherche d'une autre étiologie (ECBU, hémocultures).

Dossier 40

Concours région sud – 1994

Une femme de 66 ans, institutrice en retraite, consulte pour des troubles de la mémoire d'apparition progressive depuis plusieurs mois. C'est son époux qui attire l'attention sur ces troubles, car il constate qu'il doit lui répéter plusieurs fois des questions simples. Il rapporte que depuis quelques mois, elle restreint considérablement ses activités, tant domestiques qu'extérieures. Il a notamment relevé l'altération de la qualité des repas.

À l'interrogatoire, elle ne finit pas ses phrases et on observe un manque du mot. Elle exprime par ailleurs son désintérêt pour ses activités, se montre craintive pour l'avenir, pleure facilement, se dit fatiguée. Son mari signale qu'elle a besoin d'aide pour s'habiller convenablement. Aucun antécédent particulier n'est à relever et aucune pathologie familiale n'est connue.

Question 1 Quels symptômes peut-on relever dans cette observation ?

Question 2 Discutez le dialogue nosographique.

Question 3 Des examens complémentaires sont-ils nécessaires et si oui, lesquels, dans quel(s) but(s) ?

Question 4 Quel(s) diagnostic(s) différentiel(s) faut-il discuter ?

Question 5 Quel projet thérapeutique peut-on envisager ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
18 points

Quels symptômes peut-on relever dans cette observation ?

- apparition de déficits cognitifs multiples .... 5 points
  - o troubles cognitifs : mémoire .... 2 points
  - o troubles praxiques : habillage .... 2 points
  - o troubles phasiques : manque du mot .... 2 points
- anhédonie, perte d'intérêt .... 2 points
- anxiété et anticipation anxieuse .... 2 points
- apragmatisme .... 1 point
- tristesse, pleurs .... 1 point
- asthénie .... 1 point

Question 2
23 points

Discutez le dialogue nosographique.

- deux orientations principales .... 3 points
  - o mode d'entrée dans une démence sénile type Alzheimer avec humeur dépressive et troubles du caractère .... 4 points
  - o ou dépression d'allure pseudodémentielle .... 4 points
- en faveur d'une entrée dans une démence
  - o âge .... 1 point
  - o apparition progressive .... 1 point
  - o troubles cognitifs .... 1 point
  - o phasiques .... 1 point
  - o et praxiques .... 1 point
  - o pas d'antécédent psychiatrique .... 1 point
  - o peut s'accompagner de symptômes dépressifs .... 1 point
  - o ou de troubles du caractère .... 1 point
  - o évolution caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu .... 1 point
- en faveur d'une dépression pseudo-démentielle
  - o âge .... 1 point
  - o coexistence de troubles d'allure démentielle (trouble phasiques et praxiques) .... 1 point
  - o et d'une humeur dépressive .... 1 point

Question 3 Des examens complémentaires sont-ils nécessaires et si oui, lesquels, dans quel(s) but(s) ?

19 points

- oui .... 1 point
- rechercher une cause de démence (notamment curable : causes toxiques, infectieuse, traumatique, vasculaire, hydrocéphalie à pression normale) .... 1 point
- évaluer le retentissement somatique du trouble .... 1 point
  - o NFS, plaquettes .... 1 point
  - o VS, CRP .... 1 point
  - o urée .... 1 point
  - o créatinine plasmatique .... 1 point
  - o ionogramme plasmatique .... 1 point
  - o calcémie .... 1 point
  - o bilan hépatique complet .... 1 point
  - o bilan thyroïdien (T4, THSus) .... 1 point
  - o sérologie VIH .... 1 point
  - o sérologie syphillitique .... 1 point
  - o dosage de vitamine B12 .... 1 point
  - o dosage des folates sériques .... 1 point
  - o ECG .... 1 point
  - o EEG .... 1 point
  - o scanner cérébral avec et sans injection .... 1 point
  - o ponction lombaire selon le contexte .... 1 point

Question 4
14 points

Quel(s) diagnostic(s) différentiel (s) faut-il discuter ?

- autres démences neurodégénératives .... 1 point
  - o démences frontotemporales .... 1 point
  - o démences avec syndrome extrapyramidal (démence à corps de Lewy, dégénérescence corticobasale) .... 1 point
  - o démences associées aux maladies du motoneurone (sclérose latérale amyotrophique) .... 1 point
  - o maladie de Huntington .... 1 point
- démences non dégénératives .... 1 point
  - o démence vasculaire (Binswanger) .... 1 point
  - o démence secondaire à une hydrocéphalie à pression normale .... 1 point
  - o démence infectieuse (neurosyphilis, maladie de Lyme, neurosida...) .... 1 point
  - o encéphalopathies spongiformes (Creutzfeld-Jakob...) ..... 1 point
  - o démences des maladies systémiques (Gougerot-Sjogren, lupus) .... 1 point
  - o démence toxique : alcool, plomb, encéphalopathie aluminique des dialysés .... 1 point
  - o démence métabolique : carences vitaminiques (B1, folates) ; hypothyroïdie .... 1 point
  - o maladies métaboliques héréditaires (maladie de Wilson, gangliosidoses) .... 1 point

Question 5 Quel projet thérapeutique peut-on envisager ?
26 points

- hospitalisation pour bilan diagnostique et thérapeutique ....2 points
- après élimination d'une étiologie organique ....2 points
- tests neuropsychologiques et mini-mental status (afin de pouvoir suivre l'évolution des troubles) ....2 points
- devant ce tableau, proposer un traitement antidépresseur d'épreuve ....2 points
  - o par Inhibiteur de la recapture de la sérotonine : citalopram SEROPRAM ....2 points
  - o car il peut s'agir d'une dépression pseudo démentielle d'une part et d'autre part, la démence peut s'aggraver lors de la co-occurrence de symptômes dépressifs ....NC
- traitement cholinomimétique ....4 points
- surveillance de l'efficacité et de la tolérance ....2 points
- favoriser le maintien à domicile : infirmière à domicile portage des repas, aide ménagère ....2 points
- suivi social pour aides spécifiques (personne en perte d'autonomie) ....2 points
- traiter d'éventuels handicaps sensoriels (cataracte, surdité) ....NC
- aide temporaire en institution type hôpital de jour ....2 points
- discuter les mesures de protection juridique (tutelle, curatelle) ....2 points
- prise en charge psychothérapeutique (soutien familial, thérapies cognitives et comportementales) ....2 points

COMMENTAIRES

Ce dossier illustre les difficultés à distinguer démence et dépression qui peuvent être intriquées chez le sujet âgé. Plusieurs situations cliniques peuvent être rencontrées : une démence avec un trouble du caractère et une humeur dépressive, une dépression « vraie » correspondant à un mode d'entrée dans une démence, une dépression pseudo-démentielle. Dans ce dossier, le tableau clinique est compatible avec un tableau de démence sénile, mais la règle est de proposer quand même un traitement antidépresseur d'épreuve, d'une part, afin de corriger les symptômes thymiques présentés par cette patiente et d'autre part, car le tableau clinique peut être trompeur. Il s'agit alors d'éviter deux écueils : ne pas tenter un traitement adapté d'une dépression pseudo-démentielle et ne pas réaliser de bilan de démence. Le reste du dossier permet de passer en revue les différents aspects de la prise en charge : médicamenteuse, institutionnelle, sociale et juridique.

Dossier 41

Concours région sud - 1996

Madame L., 67 ans, sans antécédent psychiatrique, est admise aux urgences au décours d'une tentative de suicide par noyade.

Lors de l'entretien, Madame L. reste figée, répond brièvement aux questions et vous prie de la laisser partir puisque « de toute façon, on ne peut rien pour moi ».

D'après son mari, depuis quelques mois, Madame L. était devenue irritable, refusait de voir ses petits-enfants et avait maigri de 7 kg. Il y a 15 jours, son médecin traitant lui avait prescrit du bromazépam (LEXOMIL®) en raison d'une insomnie.

Madame L. présente depuis plusieurs années un glaucome, bien stabilisé, sous traitement ophtalmologique.

Question 1 Quel diagnostic est à évoquer ?

Question 2 Devant le refus d'hospitalisation en milieu psychiatrique de la patiente, quelle décision prendre ?

Question 3 Donnez le traitement médicamenteux qui sera administré pour les 4 premières semaines. Indiquez les modalités d'administration.

Question 4 Quels sont les critères d'efficacité et de tolérance de ce traitement ?

Question 5 Quelle est la conduite à tenir après guérison de l'accès ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel diagnostic est à évoquer ?

- épisode dépressif majeur...10 points
  - o associant un syndrome mental
    (idées suicidaires, ralentissement psychomoteur, idées d'incurabilité, humeur irritable, apragmatisme, anhédonie, négativisme) ....5 points
  - o et un syndrome physique
    (insomnie, amaigrissement) ....5 points

Question 2
16 points

Devant le refus d'hospitalisation en milieu psychiatrique de la patiente, quelle décision prendre ?

- hospitalisation sur demande d'un tiers (mari).....................6 points
- car risque de récidive suicidaire...5 points
  et idées d'incurabilité ....5 points

Question 3
22 points

Donnez le traitement médicamenteux qui sera administré pour les 4 premières semaines. Indiquez les modalités d'administration.

- hospitalisation en HDT...3 points
- après l'élimination d'une contre-indication ....3 points
- et bilan organique à la recherche d'une organicité...........2 points
- traitement antidépresseur ....2 points
- contre-indication aux antidépresseurs tricycliques
  (glaucome) ....2 points
- inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
  Citalopram SEROPRAM® IVL 20 à 40 mg/j ....2 points
- ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
  et de la noradrénaline Venlafaxine EFFEXOR® *per os*
  comprimés à 50 mg : débuter à faible dose
  en augmentant par paliers de 50 mg jusqu'à 150 mg/j....2 points
- traitement symptomatique des troubles du sommeil
  éviter les benzodiazépines, préférer un traitement type
  Hydoxyzine ATARAX® 25 mg au coucher à augmenter
  en fonction de l'efficacité et de la tolérance ....2 points
- prévention du risque suicidaire...2 points
- surveillance de l'efficacité et de la tolérance ....2 points

Question 4
20 points

Quels sont les critères d'efficacité et de tolérance de ce traitement ?

- efficacité
  - correction de l'humeur triste et irritable ....2 points
  - levée de l'inhibition psychomotrice ....2 points
  - régression des idées suicidaires (et critique de celles-ci idéalement) ....2 points
  - normalisation du sommeil ....2 points
  - et de l'appétit, reprise de poids ....2 points
- tolérance
  - risque de virage maniaque..2 points
  - pouls...2 points
  - tension artérielle (debout/couché) ....2 points
  - température ....2 points
  - troubles gastro-intestinaux..2 points

Question 5
22 points

Quelle est la conduite à tenir après guérison de l'accès ?

- poursuite du traitement antidépresseur...............................3 points
  - à posologie efficace (celle utilisée durant l'accès).........3 points
  - durant six mois minimum ....3 points
- ensuite, en fonction de la rémission complète des symptômes ....3 points
  diminution progressive jusqu'à arrêt du traitement antidépresseur ....3 points
- psychothérapie de soutien..3 points
- bilan de démence si celui-ci n'a pas été réalisé durant l'hospitalisation, notamment tests neuropsychologiques (évaluation des fonctions exécutives) ....4 points

COMMENTAIRES

Ce dossier ne pose pas de problème diagnostique particulier puisqu'il s'agit d'un tableau d'épisode dépressif majeur dont la description clinique est classique. La présence d'idées d'incurabilité pourrait orienter vers un diagnostic de mélancolie. Cependant, il n'est présenté dans le dossier aucun autre signe clinique en faveur de ce diagnostic. Concernant le traitement, le glaucome à angle fermé est une contre-indication au traitement antidépresseur tricyclique. Cependant, l'énoncé ne mentionne pas le type de glaucome (angle ouvert ou angle fermé) et reste donc assez imprécis. On peut supposer qu'il s'agit d'un glaucome à angle ouvert puisqu'il est traité de manière médicamenteuse, sans notion de geste chirurgical. Dans le doute, mieux vaut préférer un autre type de traitement antidépresseur type IRS ou IRSNA, qui sont indiqués dans le traitement de l'épisode dépressif majeur caractérisé. L'efficacité du traitement médicamenteux est mesurée sur la régression progressive des différents symptômes présentés, sachant que, chez le sujet âgé, l'efficacité ne doit pas être évaluée trop précocement, car l'amélioration est classiquement décrite comme « lentement progressive ». Enfin, devant un épisode dépressif du sujet âgé, toujours penser à mentionner dans les réponses qu'un bilan de démence doit être réalisé (examens clinique et paraclinique au moment de l'accès et tests neuropsychologiques à distance).

Dossier 42

Concours région nord - 1997

Un jeune homme de 36 ans, vivant seul depuis plusieurs années, est amené aux urgences dans un accoutrement bizarre et portant des lambeaux de vêtements brûlés.

Il vient de produire une explosion au gaz pour, explique-t-il, rester dans la 5e dimension, qu'il explore depuis quelques mois.

Il expose ces faits sans émotion, sans exaltation sur un ton monocorde. Il dit n'avoir aucune volonté suicidaire. Il se dit sous l'emprise d'une force occulte qui agirait par manipulation d'ondes. Il fait plusieurs fois référence aux micro-processeurs qui le téléguident.

Il pense avoir commis l'erreur de ne pas s'être mis nu avant l'explosion et projette de retenter son expérience afin « d'empêcher Brigitte Bardot de décimer les corbeaux ».

Sa mère rapporte qu'il s'est éloigné d'elle depuis 10 ans, qu'il l'avait frappée plusieurs fois. Il l'appelait régulièrement mais refusait ses visites tout en se plaignant de son absence.

Question 1 Analysez les éléments sémiologiques de l'observation (résumé syndromique).

Question 2 Quel diagnostic évoquez-vous ? Discutez-le.

Question 3 Quelles mesures doit-on prendre ?

Question 4 Quel traitement médicamenteux proposez-vous ?

Question 5 Vous avez la notion d'une mauvaise observance chimiothérapique à l'origine de 3 rechutes sévères. Quelle est la déduction thérapeutique ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Analysez les éléments sémiologiques de l'observation (résumé syndromique).

- délire paranoïde ....1 point
  - o délire non systématisé ....1 point
    (abstrait, flou, bizarre)
  - o mécanisme hallucinatoire ....1 point
    (hallucination auditives)
  - o avec probable automatisme mental ....1 point
  - o thèmes multiples ....1 point
  - o possession, influence, persécution...........................1 point
- syndrome dissociatif...1 point
  - o trouble du cours de la pensée ....1 point
  - o avec pensée flou, bizarre, diffluence, rationalisme morbide (raisonnement pseudo-logique) ....1 point
  - o au niveau des affects : absence d'émotion et ton monocorde...1 point
  - o athymhormie, ambivalence et discordance affective ....1 point
  - o trouble du comportement.......................................1 point
- repli sur soi avec apragmatisme ....3 points
- absence de conscience des troubles..............................2 points
- évolution depuis plus de 6 mois ....3 points

Question 2
20 points

Quel diagnostic évoquez-vous ? Discutez-le.

- schizophrénie ....4 points
  - o paranoïde...4 points
  - o car association d'un délire paranoïde ....1 point
  - o d'un syndrome dissociatif.......................................1 point
  - o et d'un repli sur soi ....1 point
  - o évoluant depuis plus de 6 mois...............................1 point
- absence d'étiologie organique.....................................4 points
- absence de troubles de l'humeur (notamment maniaque) ....4 points

Question 3
34 points

Quelles mesures doit-on prendre ?

- hospitalisation .... 2 points
  à la demande d'un tiers .... 3 points
  en urgence et en service de psychiatrie
  car déni des troubles .... 2 points
  refus de soins .... 2 points
  et risque auto et hétéroagressif possible .... 2 points
  article L-3212.1 .... 1 point
  ou L-3212.3 (si péril imminent) .... 1 point
  loi du 27 juin 1990 .... 1 point
- autre réponse possible
  - o hospitalisation d'office .... 8 points
  - o également justifiée devant la dangerosité potentielle du patient pour les autres .... 4 points
  - o article L-3213.1 .... 2 points
- bilan clinique et paraclinique .... 2 points
  - o conséquences de la pathologie .... 2 points
  - o et prise en compte des risques liés à une explosion par gaz .... 2 points

Question 4
20 points

Quel traitement médicamenteux proposez-vous ?

- traitement neuroleptique (classique ou atypique) .... 5 points
- association initiale d'un traitement sédatif
  si nécessaire de type hémoleptique ou benzodiazépine
  à visée sédative .... 5 points
- par voie intramusculaire si refus traitement *per os* .... 5 points
- surveillance tolérance et efficacité .... 5 points

Question 5
20 points

Vous avez la notion d'une mauvaise observance chimiothérapique à l'origine de 3 rechutes sévères. Quelle est la déduction thérapeutique ?

- instauration d'un traitement neuroleptique
  d'action prolongée (NAP) .... 8 points
- par exemple Halopéridol décanoate .... 2 points
  une injection tous les mois .... 1 point
  en intramusculaire .... 1 point
- il faut avoir prescrit au préalable de l'HALDOL® *per os* .... 3 points
  dont on aura vérifié la tolérance et l'efficacité .... 3 points
- surveillance régulière efficacité et tolérance
  lors du suivi par psychiatre en consultation .... 2 points

COMMENTAIRES

Ce dossier présente un cas typique de schizophrénie paranoïde avec automatisme mental et syndrome d'influence ayant entraîné un passage à l'acte potentiellement grave. La dangerosité pour les autres peut tout à fait justifier la mise en place d'une hospitalisation d'office qui n'est donc pas réservée au délire paranoïaque avec persécuteur désigné. Dans ce cas il ne faut pas oublier la prise en charge des conséquences possibles d'une explosion par gaz.

La question de l'observance, souvent mauvaise en psychiatrie, souligne l'importance des traitements de type retard (injection mensuelle par voie intramusculaire) : ne jamais oublier qu'on introduit la même molécule que celle mise en place *per os* dont on aura évalué la tolérance et l'efficacité sur une durée suffisante (au moins 1 mois).

Dossier 43

Concours région sud – 1997

Monsieur L., 28 ans, enseignant, vient d'être hospitalisé car il a présenté brutalement un vécu de transformation du monde et de lui-même, impression de modifications corporelles (« mon cerveau flotte ») et sentiment de toute-puissance. Ces idées reposent sur la perception de voix malveillantes et de sentiments d'hostilité. Cet état pathologique s'accompagne d'une anxiété intense (il n'ose plus se regarder dans la glace).

L'examen somatique est normal.

Il s'agit du premier épisode de ce type. Il n'a aucun antécédent psychiatrique particulier.

Jusqu'alors il était parfaitement inséré au plan social, familial et professionnel, réussissant d'ailleurs plutôt bien.

Sa femme rapporte que, quelques jours avant le début des troubles, il était très anxieux, car il avait reçu une nouvelle affectation et redoutait de ne pas être à la hauteur du poste qui lui était confié.

Question 1 Décrivez la sémiologie.

Question 2 Discutez le diagnostic clinique.

Question 3 Quels sont les principaux diagnostics différentiels à évoquer ?

Question 4 Indiquez le traitement à mettre en œuvre.

Les troubles ne durent que quelques jours. Mais plusieurs semaines après, Monsieur L. vient consulter parce qu'il se sent abattu, a perdu le goût de vivre, se sent démotivé : il ressent en permanence une « chape de plomb sur ses épaules », le moindre effort physique ou intellectuel lui est pénible. Le sommeil est perturbé.

Question 5 Quel diagnostic portez-vous ?

Question 6 Face à cette évolution, quelle est la conduite thérapeutique à mettre en œuvre ? Quels sont les risques évolutifs ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
16 points

Décrivez la sémiologie.

- début brutal .... 2 points
- possible facteur déclenchant (promotion sociale) .... 2 points
- anxiété .... 2 points
- déréalisation .... 2 points
- dépersonnalisation .... 2 points
- hallucinations cénesthésiques et acoustico-verbales .... 2 points
- probables idées délirantes de persécution .... 2 points
- idées de grandeur (ou mégalomaniaques) .... 2 points
- dysmorphophobie ?

Question 2
14 points

Discutez le diagnostic clinique.

- bouffée délirante aiguë (ou état psychotique aigu) .... 7 points
- manie délirante .... 7 points

Question 3
18 points

Quels sont les principaux diagnostics différentiels à évoquer ?

- trouble lié à l'utilisation d'une substance (cannabis, alcool, cocaïne, ecstasy...) .... 6 points
- trouble lié à une affection médicale générale (hyperthyroïdie, tumeur cérébrale...) .... 6 points
- trouble lié à la prise de médicaments (corticoïdes, antidépresseurs...) .... 6 points

Question 4
23 points

Indiquez le traitement à mettre en œuvre.

- après élimination d'une étiologie somatique ....5 points
- hospitalisation sous contrainte en milieu protégé dans un établissement régi par la loi du 27 juin 1990.......4 points
- administration d'un traitement antipsychotique IM type Loxapine LOXAPAC®, 4 à 8 ampoules/jour les premiers jours avec relais PO par neuroleptique atypique type Olanzapine ZYPREXA®, 15 à 20 mg/jour ..8 points
- durée du traitement : classiquement de 4 à 6 mois ....2 points
- possible co-prescription d'un anxiolytique benzodiazépinique (20 mg de Rivotril ou 100 mg de Tranxene par jour)
- adjoindre un traitement thymorégulateur si les arguments en faveur d'une manie sont ou deviennent prépondérants, par exemple Théralite ....2 points
- surveillance de l'efficacité et de la tolérance cliniques ......2 points

Question 5
15 points

Quel diagnostic portez-vous ?

- épisode dépressif majeur..15 points

Question 6
14 points

Face à cette évolution, quelle est la conduite thérapeutique à mettre en œuvre ? Quels sont les risques évolutifs ?

- nouvelle hospitalisation, le plus souvent sous contrainte (surtout si idéation suicidaire)....................3 points
- instauration d'un traitement thymorégulateur à base de sels de lithium : Téralithe LP400 (posologie à adapter en fonction de la lithiémie) ou de TÉGRÉTOL® (carbamazépine) si contre-indication au lithium ou encore, depuis peu ZYPREXA® (Olanzapine) (voir commentaire p. 224) ....3 points
- surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement ....2 points
- les risques évolutifs sont
  - o la récurrence dépressive et maniaque (ou hypomaniaque) ....2 points
  - o l'apparition d'un état mixte
  - o l'apparition d'une nouvelle bouffée délirante aigue ....1 point
  - o l'évolution vers un trouble schizoaffectif..........................1 point
  - o voire une schizophrénie...1 point
  - o les comportements suicidaires..1 point

COMMENTAIRES

Ce dossier, issu des annales de l'internat, est particulièrement intéressant. En effet, il montre bien la difficulté à porter un diagnostic en psychiatrie. Dans l'attente de ce diagnostic (parfois plusieurs mois), diagnostic qui permettra le plus souvent d'affiner la thérapeutique, c'est la sémiologie qui oriente, dans un premier temps, la conduite thérapeutique. Dans ce dossier, l'apparition d'un épisode dépressif majeur oriente le diagnostic vers un trouble bipolaire de l'humeur ; ce qui laisse donc penser que le premier épisode était une manie délirante. Cependant, même si ce diagnostic est hautement probable, il n'est pas certain, et l'évolution vers un trouble schizoaffectif, voire vers une schizophrénie ne peut être exclue. Donc un principe : toujours bien travailler son analyse sémiologique, hiérarchiser ses hypothèses diagnostiques en fonction de leur probabilité, appliquer le traitement de l'hypothèse diagnostique la plus probable et savoir attendre avant de porter un diagnostic et d'éventuellement affiner sa conduite thérapeutique.

Dossier 44

Concours région nord - 1999

Noël, 10 ans, est amené en consultation par ses parents pour des difficultés à dormir : il reste longtemps éveillé au début de la nuit et se dit à ce moment-là, envahi par des pensées désagréables proches du contenu de ses cauchemars qu'il ne livrera d'ailleurs pas. Il doit entrer dans une quinzaine de jours en classe de sixième, ce qui semble l'inquiéter bien qu'il ait toujours été un bon élève.

Dans ses antécédents, on retiendra :

- des troubles du sommeil à 4-5 ans (réveils en hurlant, sans que rien puisse le calmer, amnésie totale de l'épisode à son réveil) ;
- des difficultés transitoires d'alimentation avec perte d'appétit lors d'un changement d'école et de la naissance de sa petite sœur ;
- des manifestations douloureuses abdominales sans étiologie somatique durant ses premières années de scolarité ;
- une absence totale de réaction apparente lors du décès d'un grand-père il y a 6 mois. Noël lui était très attaché, mais semble tenu, par le consensus familial, à ne jamais évoquer ce décès (qui n'est d'ailleurs retrouvé qu'à l'interrogatoire biographique systématique).

De l'examen, on ne retiendra que l'incapacité totale de cet enfant à accepter la possibilité d'un aide.

Question 1 Donnez et argumentez le diagnostic des troubles actuels.

Question 2 Décrivez les symptômes présentés dans les antécédents.

Question 3 Discutez les facteurs étiopathogéniques des troubles actuels.

Question 4 Discutez l'indication des investigations cliniques et paracliniques.

Question 5 Schématisez la conduite à tenir en pratique.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
30 points

Donnez et argumentez le diagnostic des troubles actuels.

- anxiété de séparation massive
  - o difficulté de sommeil - insomnie d'endormissement et cauchemars ....5 points
  - o ruminations anxieuses à l'endormissement....................5 points
  - o passage en 6ᵉ dans les 15 jours....................5 points
  - o garçon....................5 points
  - o 10 ans....................5 points
  - o associé à un vécu dysphorique voire un épisode dépressif caractérisé (peu d'argument en dehors de l'opposition au soin, et de l'anesthesie affective lors du décès du grand-père) ....5 points

Question 2
30 points

Décrivez les symptômes présentés dans les antécédents.

- terreur nocturne : « trouble du sommeil à 4-5 ans » ....10 points
- anorexie secondaire (difficultés transitoires d'alimentation) et douleurs abdominales lors de phase d'individualisation (naissance de sa sœur) et de séparation (école) ....10 points
- vécu dysphorique avec anesthésie affective (décès du grand-père, figure d'attachement affectif).......10 points

Question 3
XX point

Discutez les facteurs étiopathogéniques des troubles actuels.

Voir commentaire sur le dossier.

Question 4
15 points

Discutez l'indication des investigations cliniques et paracliniques.

- cliniques : entretien individuel et familial pour essayer de comprendre la problématique sous-jacente, en particulier évaluation d'un trouble dépressif associé et d'un risque suicidaire....................10 points
- paracliniques : examen psychométrique (facultatif compte tenu du bon niveau scolaire) et projectif (évaluation de la structure psychopathologique du patient)....................5 points

Question 5
25 points

Schématisez la conduite à tenir en pratique.

- psychothérapie individuelle : inspiration psychanalytique ou cognitivo-comportementale............... 10 points
- psychothérapie familiale systémique : apprentissage élaboration affective .... 10 points
- traitement médicamenteux : très optionnel dans cette situation. THÉRALÈNE® 5 gouttes au coucher si nécessaire. Pas de benzodiazépines...............................5 points

COMMENTAIRES

Globalement ce cas clinique est de mauvaise qualité. Il est mal écrit et peu précis. Ainsi, répondre à ces questions est très difficile et induit des réponses approximatives, floues où le vecteur « chance » devient important. À l'évidence, on veut cependant évaluer votre « culture » en pédopsychiatrie. Le diagnostic le plus probable est celui d'une anxiété de séparation. Les arguments sont multiples, cependant il est difficile d'éliminer catégoriquement un épisode dépressif caractérisé de l'enfant. Il faut donc répondre à ce cas clinique en ne faisant pas l'impasse sur ce trouble associé. Surtout n'oubliez pas, lorsque vous parlez de dépression chez l'enfant et l'adolescent, d'évoquer le risque suicidaire. Enfin, l'administration d'hypnotique benzodiazépinique ou apparentés chez l'enfant et l'adolescent n'est vraiment pas recommandé+++.

J'ai préféré ne pas noter la question 3. Dans l'état actuel des connaissances psychiatriques, il n'y a pas de facteurs étiopathogéniques connus. Malgré tout si vous êtes obligé d'y répondre, alors il faut dérouler la question de manière systématique : psychodynamiques (relation de l'enfant avec ses parents et l'histoire familiale), biologiques (implication de facteurs de vulnérabilité génétique aux troubles anxieux par exemple), comportementaux (mauvais apprentissage comportemental des phases de l'endormissement), systématiques (interaction enfant, père, mère).

Dossier 45

Concours région sud - 2001

Monsieur H., 45 ans, est hospitalisé en urgence pour des idées suicidaires. Cet homme qui a perdu son travail depuis trois ans, vivait quasi reclus depuis deux mois, ne s'alimentant presque pas, ne s'intéressant plus à rien, se réveillant chaque jour vers 3 heures du matin, incapable de sortir de son lit avant midi.

Un entretien avec son frère vous permet de savoir qu'il traverse chaque année une période du même type mais, habituellement, moins intense, entre le mois de mars et mai. Ceci est dû, vous dit-il, à l'anniversaire de la mort par suicide de leur mère, il y a 10 ans.

Son état a commencé à s'aggraver lorsque Monsieur H. a été licencié pour faute professionnelle, il y a trois ans à la même période, car il avait fait des investissements insensés pour l'entreprise.

Question 1 Repérez les éléments sémiologiques à visée diagnostique.

Question 2 Donnez le diagnostic le plus probable.

Question 3 Quels sont les diagnostics différentiels ?

Question 4 Quelles sont les investigations complémentaires à visée thérapeutique à effectuer ?

Question 5 Proposez une stratégie thérapeutique.

Question 6 Quels sont les risques majeurs et classiques à redouter au début du traitement ?

Question 7 Lors de l'épisode « d'investissements insensés » dans son entreprise, il y a trois ans, quelle mesure médico-administrative devait être adoptée ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
14 points

Repérez les éléments sémiologiques à visée diagnostique.

- idées suicidaires ....2 points
- anorexie ....2 points
- anhédonie ....2 points
- insomnie avec réveils précoces....................2 points
- clinophilie ....2 points
- antécédent personnel d'épisodes dépressifs et de manie....2 points
- antécédent familial de suicide ....2 points

Question 2
14 points

Donnez le diagnostic le plus probable.

- épisode dépressif majeur....................12 points
  dans le cadre d'un trouble bipolaire de l'humeur
- avec caractère saisonnier ....2 points

Question 3
12 points

Quels sont les diagnostics différentiels ?

- dépression dans le cadre
  d'une affection médicale générale....................4 points
- dépression induite par une substance
  (alcool, cannabis...) ....4 points
- dépression induite par la prise de médicaments
  (corticoïdes, interféron...)....................4 points

Question 4
12 points

Quelles sont les investigations complémentaires à visée thérapeutique à effectuer ?

- NFS, plaquettes ....1 point
- VS ....1 point
- urée et créatinine plasmatique....................1 point
- ionogramme plasmatique ....1 point
- protidémie....................1 point
- bilan hépatique....................1 point
- clairance de la créatinine....................1 point
- protéinurie ....1 point
- ECG ....1 point
- radio de thorax....................1 point
- T4, TSH ultra-sensible....................1 point
- EEG....................1 point

Question 5
26 points

Proposez une stratégie thérapeutique.

- hospitalisation, au besoin sous contrainte ....4 points
- correction des troubles hydro-électrolytiques, réhydratation par voie orale ou parentérale......................4 points
- éliminer une contre-indication au traitement ....2 points
- antidépresseurs tricycliques type clomipramine (ANAFRANIL®) à posologie croissante jusqu'à 150 mg/j en IV lente ou *per os*, ou venlafaxine (EFFEXOR®) 150 mg par jour PO avec possibilité d'atteindre 300 mg en quelques jours..6 points
- prescription pour une durée minimale de 6 mois ....2 points
- traitement symptomatique de l'anxiété et de l'insomnie.....2 points
- prévention du risque suicidaire...2 points
- instauration sans attendre d'un traitement thymorégulateur à base de sels de lithium TÉRALITHE® LP400 (posologie à adapter en fonction de la lithiémie) ou de TÉGRÉTOL® (carbamazépine) si contre-indication au lithium ....3 points
- surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement...1 point

Question 6
12 points

Quels sont les risques majeurs et classiques à redouter au début du traitement ?

- passage à l'acte suicidaire (levée de l'inhibition) ....4 points
- virage maniaque ou hypomaniaque...................................4 points
- aggravation rapide de la symptomatologie requérant un changement de thérapeutique (sismothérapie) ....4 points

Question 7
10 points

Lors de l'épisode « d'investissements insensés » dans son entreprise, il y a trois ans, quelle mesure médico-administrative devait être adoptée ?

- mesure de sauvegarde de justice ....10 points

COMMENTAIRES

Ce dossier, issu des annales du concours, ne pose pas de problème particulier tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Il exige cependant de bien connaître les termes spécifiques de la sémiologie psychiatrique. Toutefois, ne pas oublier que l'épisode dépressif s'inscrit ici dans le cadre d'un trouble bipolaire de l'humeur. Ne pas oublier le bilan pré-lithium dans le bilan pré-thérapeutique. Enfin, notons qu'à l'heure où nous imprimons ces dossiers, l'Olanzapine (ZYPREXA®), antipsychotique atypique classiquement préconisé dans les schizophrénies vient d'obtenir une indication dans la prévention des récurrences thymiques au cours du trouble bipolaire de l'humeur. Il peut donc représenter une alternative particulièrement intéressante au lithium (moins de contre-indications, meilleure tolérance).

Monsieur D., 59 ans, est adressé en psychiatrie, à la sortie d'un service d'urgence où il a été hospitalisé pour un état comateux. Il avait été trouvé gisant sur le sol d'un couloir du foyer où il résidait.

À la sortie de ce coma, il avait fait une fugue. Il avait été retrouvé dans la rue, mais il se donne successivement plusieurs professions, semblant ne pas se souvenir de celle qu'il a citée quelques instants avant. Il dit ainsi qu'il a été professeur de français, de physique, de mathématiques, qu'il serait assureur, puis formateur en entreprise. À chaque examen, il se présente comme si on ne le connaissait pas et prend le médecin pour quelqu'un d'autre. Il dit être arrivé la veille, systématiquement, même au bout de plusieurs jours. Dans l'unité de soins, il n'arrive pas à se repérer, demande son chemin pour retourner à Neuilly où il déclare vivre ; il faut le reconduire régulièrement dans sa chambre. Il a perdu la notion du temps, demande souvent l'heure avec une tonalité d'inquiétude. Il donne constamment plusieurs versions des mêmes faits sans s'apercevoir de ses contradictions et s'irrite quand on lui fait remarquer. Au cours de son séjour, il fugue à plusieurs reprises du service, croyant se trouver ailleurs.

TSVP

On apprend par des voies latérales qu'il est divorcé depuis plusieurs années et qu'il a deux filles qui résident dans la région parisienne où il a vécu autrefois. Le foyer où il vivait depuis plusieurs années, n'envisage pas de le reprendre car il consommait beaucoup de boissons alcoolisées et se trouvait fréquemment en état d'ivresse.

Il ne reconnaît pas qu'il est malade et comprend les questions qui lui sont posées ou les propos qui lui sont tenus.

L'examen physique révèle l'existence de troubles de la marche (steppage). Le patient élargit notablement son polygone de sustentation et présente une perte de force musculaire segmentaire. On trouve également une hypoesthésie épicritique et thermo-algésique, en chaussette, une abolition des réflexes ostéo-tendineux rotulien et achilléen. Ces troubles sont bilatéraux et symétriques. Le reste de l'examen ne permet pas de relever aucune autre anomalie.

Les résultats des examens biologiques montrent une anémie macrocytaire, une thrombopénie, un bilan hépatique perturbé (ASAT = 184 ; ALAT = 101 ; PAL = 154 ; GammaGT = 369) et une hypoprotidémie.

Question 1 Faites l'analyse sémiologique de cette observation.

Question 2 D'autres examens complémentaires, que ceux qui ont été pratiqués, doivent-ils être réalisés ? Dans l'affirmative, quels sont-ils et dans quel but doivent-ils être demandés ? Dans la négative, justifiez votre position.

Question 3 Discutez le diagnostic.

Question 4 Proposez un projet thérapeutique, à court, moyen et long terme.

Question 5 D'autres mesures doivent-elles être envisagées ? Dans l'affirmative, quelles sont-elles et quelles sont leurs modalités de mise en œuvre ? Dans la négative, justifiez votre décision.

Question 6 Quelles sont les formalités à accomplir pour réaliser l'hospitalisation de ce malade, s'il est hospitalisé sans pouvoir donner son consentement ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
19 points

Faites l'analyse sémiologique de cette observation.

- probable syndrome d'alcoolo-dépendance (consommation excessive, ivresses répétées, antécédent de coma inexpliqué possiblement d'origine éthylique) ......2 points
- désorientation temporo-spatiale ......1 point
- troubles mnésiques ......1 point
  - o avec amnésies antérograde ......1 point
  - o (oublis à mesure) ......1 point
  - o et rétrograde ......1 point
  - o fabulations ......1 point
  - o fausses reconnaissances ......1 point
- anosognosie ......1 point
- troubles du comportement non spécifiques ......1 point
  - o irritabilité ......1 point
  - o anxiété ......1 point
- signes de polynévrite alcoolique ......1 point
  - o steppage ......1 point
  - o par déficit moteur limité aux membres inférieurs, distal, bilatéral et symétrique, prédominant sur la loge antéro-externe de la jambe ......1 point
  - o abolition des réflexes achilléens et rotuliens ......1 point
  - o hypoesthésie épicritique et thermo-algique en chaussette ......1 point
- probable syndrome cérébelleux statique (troubles de l'équilibre, élargissement du polygone de sustentation) ......1 point

Question 2
21 points

D'autres examens complémentaires, que ceux qui ont été pratiqués, doivent-ils être réalisés ? Dans l'affirmative, quels sont-ils et dans quel but doivent-ils être demandés ? Dans la négative, justifiez votre position.

- oui ....1 point
- plusieurs buts
  - o confirmer le diagnostic clinique ....1 point
  - o éliminer une autre étiologie que l'alcool ....1 point
  - o évaluer les complications de la consommation chronique d'alcool....................1 point
- sur le plan neurologique
  - o scanner cérébral avec et sans injection (en l'absence de contre-indications)....................1 point
  - o imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale (en l'absence de contre-indications) ....1 point
  - o électroencéphalogramme (EEG) ....1 point
  - o discuter une PL en cas de point d'appel clinique (notamment fièvre et raideur de nuque associées) ....NC
  - o électromyogramme (EMG) des membres inférieurs....................1 point
  - o examen ophtalmologique à la recherche d'une névrite optique rétrobulbaire....................1 point
- sur le plan hépatique
  - o échographie hépatique et des voies biliaires ....1 point
  - o radiographie de l'abdomen sans préparation (à la recherche d'une éventuelle pancréatite chronique calcifiante) ....1 point
  - o scanner abdominal et pelvien ....1 point
  - o discuter une ponction biopsie hépatique en fonction des résultats d'imagerie ....1 point
- autres
  - o radiographie du thorax face et profil ....1 point
  - o ECG ....1 point
  - o éventuellement échographie cardiaque (recherche d'une cardiomyopathie dilatée primitive)
  - o examen ORL ....1 point
- sur le plan biologique
  - o glycémie ....0,5 point
  - o ionogramme plasmatique (recherche d'une hyponatrémie) ....0,5 point
  - o dosage des CPK et myoglobinurie....................0,5 point
  - o fonction rénale ....0,5 point
  - o bilirubine....................0,5 point
  - o amylase et lipase ....0,5 point
  - o bilan de coagulation (TP, TCA, facteurs de coagulation)...0,5 point
  - o marqueurs tumoraux....................0,5 point
  - o cholestérol et triglycérides....................0,5 point
  - o bilan d'une démence curable (sérologie HIV, TPHA, VDRL, bilan thyroïdien, vitamine B12 et folates)....................0,5 point

Question 3
18 points

Discutez le diagnostic.

- syndrome de Korsakoff..2 points
  - o par carence en vitamine B1 ....1 point
  - o chez un patient alcoolo-dépendant ....1 point
  - o potentiellement dénutri ....1 point
- autres étiologies du syndrome de Korsakoff
  - o accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique ....1 point
  - o tumorales (tumeurs de la base du crâne).........................1 point
  - o traumatisme crânien (avec hématomes cérébraux ou méningés) : notion de coma et de chute.....................1 point
  - o anoxie cérébrale (intoxication au CO, arrêt cardiaque...) ....1 point
  - o post-chirurgical (intervention sur anévrysme communicante antérieure)..1 point
  - o infectieuses (encéphalite ou méningite) ....1 point
  - o épilepsie ....1 point
- autres complications neurologiques d'une alcoolisation chronique
  - o encéphalopathie de Gayet-Wernicke : pas de paralysies oculomotrices, ni d'ataxie-hypertonie ....1 point
  - o maladie de Marchiafava-Bignami : pas de troubles de la parole ni de spasticité ....1 point
  - o encéphalopathie pellagreuse : pas de diarrhée, ni de dermatose, pas de tableau de démence (absence d'agnosie, d'apraxie, d'aphasie).....................1 point
  - o myélinolyse centropontine : pas de syndrome pseudo-bulbaire ni de quadriparésie ....1 point
  - o encéphalopathie hépatique : pas d'astérixis, pas de trouble de la conscience ....1 point
  - o démence alcoolique avec atrophie cortico-sous-corticale : le tableau ne correspond pas à un tableau de démence (pas d'aphasie, ni d'apraxie ni d'agnosie)......................1 point

Question 4
18 points

Proposez un projet thérapeutique, à court, moyen et long terme.

❑ à court terme
- hospitalisation en service de médecine................................1 point
- pose d'une voie d'abord veineuse......................................1 point
- correction des troubles hydroélectrolytiques........................1 point
- pas de correction trop rapide d'une éventuelle hyponatrémie (risque de myélinolyse centropontine) ....NC
- sevrage total et définitif en alcool..1 point
- prévention du delirium tremens..1 point
  - o par benzodiazépines (Diazépam, VALIUM®) ....1 point
  - o et vitaminothérapie : B1, B6 et PP par voie IM en l'absence de trouble de la coagulation, ou par voie IV..1 point
- relais per os à 15 jours...1 point
- hydratation par voie orale en l'absence de troubles de la conscience et de la déglutition sinon par voie intraveineuse ....1 point
- surveillance clinique et biologique.......................................1 point

❑ à moyen terme
- hospitalisation en unité de moyen séjour ....1 point
- orientation vers un séjour de post-cure ....1 point
- discuter un traitement médicamenteux permettant une réduction de l'appétence à l'alcool (AOTAL® ou REVIA®) ....1 point
- prise en charge psychothérapeutique, individuelle ou en groupe (aide au maintien de l'abstinence)................1 point
- rééducation à la marche et prévention des rétractions tendineuses (polyneuropathie) ....1 point

❑ à long terme
- en fonction de l'évolution des troubles, le maintien en foyer paraît inenvisageable, privilégier une orientation vers un placement en institution ....1 point
- ou d'autres structures type hospitalisation en long séjour, éventuellement famille d'accueil ou appartement thérapeutique ....NC
- mesure de protection des biens (tutelle, curatelle renforcée)..1 point
- aide au maintien de l'abstinence ....1 point

Question 5
14 points

D'autres mesures doivent-elles être envisagées ? Dans l'affirmative, quelles sont-elles et quelles sont leurs modalités de mise en œuvre ? Dans la négative, justifiez votre décision.

- oui car personne souffrant d'une pathologie psychiatrique ou d'un handicap mental et/ou physique, ne pouvant assurer la gestion de son patrimoine ni donner son consentement aux soins ....2 points
- discuter une HDT même si elle est rarement utilisée dans cette indication et que le bilan et le traitement du syndrome de Korsakoff se réalisent au mieux dans une unité de médecine. Elle peut être indiquée au début de l'hospitalisation en cas de troubles graves du comportement ....2 points
- mise sous tutelle (à préférer à la curatelle car mode de protection complet et durable) ....2 points
  - o demande faite par un conjoint ou le procureur de la République ....2 points
  - o demande comportant la demande de tutelle, le certificat médical établi par un spécialiste ....2 points
  - o justifiant l'altération grave des fonctions mentales ou corporelles, adressé au juge des tutelles ....2 points
  - o mesure ouverte par jugement ....2 points

Question 6
10 points

Quelles sont les formalités à accomplir pour réaliser l'hospitalisation de ce malade, s'il est hospitalisé sans pouvoir donner son consentement ?

- deux mesures sont possibles : HDT ou HO ....2 points
- en l'absence de troubles mentaux compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes, favoriser la mesure d'HDT ....2 points
- contacter la famille à la recherche d'un tiers possible, sinon par l'administrateur de garde de l'hôpital ....2 points
- demande du tiers plus photocopie de la carte d'identité du tiers ....2 points
- deux certificats médicaux rédigés après examen médical ....2 points

COMMENTAIRES

Ce dossier s'inscrit typiquement dans le cadre des dossiers dits transversaux puisqu'il aborde des aspects de neurologie, d'alcoologie, de psychiatrie et des notions médico-légales.

À la condition de savoir réaliser la synthèse de ces connaissances apprises lors d'enseignements distincts, ce dossier ne comporte pas de difficultés majeures puisqu'il s'agit d'un syndrome de Korsakoff typique. Les difficultés concernent surtout le projet thérapeutique et les mesures médico-légales à adopter. En effet, le syndrome de Korsakoff n'est pas une indication classique d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte, même si celle-ci se discute devant des troubles du comportement type fugues ou hétéroagressivité. Dans ce cas, l'indication est limite puisqu'il semble possible de maintenir le patient dans un service de médecine qui reste le lieu le mieux adapté au bilan et au traitement de ces troubles. Par contre, il existe une indication nette à une mesure de protection des biens du type tutelle ou curatelle renforcée. La mesure de sauvegarde de justice ne se discute pas car il s'agit d'une mesure temporaire adaptée aux patients dont les troubles sont susceptibles de régresser.

Rappelons que le syndrome de Korsakoff succède le plus souvent à une encéphalopathie de Gayet-Wernicke (qui peut passer inaperçue car infraclinique) ou peut survenir de manière inopinée. Il est souvent d'installation rapide. Les lésions anatomiques du syndrome de Korsakoff touchent les tubercules mamillaires, l'hippocampe et le thalamus. La régression des troubles, dans les rares cas où elle est encore possible, est souvent très lente, notamment avec un sevrage total et définitif et une prise en charge médicale incluant une vitaminothérapie B1 systématique. La mortalité à 2 ans avoisine les 40 %. Les enjeux thérapeutiques principaux sont alors le maintien de l'abstinence, un suivi médical régulier, l'encadrement social et le placement éventuel en institution.


Aubin Imprimeur
LIGUGÉ, POITIERS

Achevé d'imprimer en novembre 2004
N° d'impression P 67679
Dépôt légal, novembre 2004
Imprimé en France